

NATIONAL KLINISK RETNINGSLINJE FOR ANALINKONTINENS HOS VOKSNE

– KONSERVATIV BEHANDLING OG UDREDNING
AF NYOPSTÅET FÆKALINKONTINENS EFTER FØDSEL

2015

National klinisk retningslinje for analinkontinens hos voksne – konservativ behandling og udredning af nyopstået fækalinkontinens efter fødsel

© Sundhedsstyrelsen, 2015. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: klinisk retningslinje, retningslinje, analinkontinens, fækalinkontinens, inkontinens, forstoppelse, bækkenbundstræning, ultralyd

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 26.03.2015

Format: PDF

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, marts, 2015.

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-060-9

Indhold

1	Indledning	8
1.1	Formål	8
1.2	Afgrænsning af patientgruppe	8
1.3	Målgruppe/brugere	8
1.4	Emneafgrænsning	8
1.5	Patientperspektivet	9
1.6	Juridiske forhold	10
2	Psyllium-frøskaller versus loperamid til afhjælpning af analinkontinens	11
2.1	Fokuseret spørgsmål 1-4	11
2.2	Anbefaling	11
2.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	12
2.4	Baggrund for valg af spørgsmål	12
2.5	Gennemgang af evidensen	13
2.6	Summary of Findings-tabel	14
2.7	Arbejdsgruppens overvejelser	14
3	Psyllium-frøskaller versus loperamid til afhjælpning af analinkontinens efter strålebehandling af abdomen eller genitalia	16
3.1	Fokuseret spørgsmål 5	16
3.2	Anbefaling	16
3.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	16
3.4	Baggrund for valg af spørgsmål	17
3.5	Gennemgang af evidensen	17
3.6	Summary of Findings-tabel	17
3.7	Arbejdsgruppens overvejelser	18
3.8	Rationale for anbefaling	18
4	Psyllium-frøskaller versus laksantia til afhjælpning af analinkontinens udløst af forstoppelse	19
4.1	Fokuseret spørgsmål 6	19
4.2	Anbefaling	19
4.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	19
4.4	Baggrund for valg af spørgsmål	19
4.5	Gennemgang af evidensen	20
4.6	Summary of Findings-tabel	20
4.7	Arbejdsgruppens overvejelser	20
4.8	Rationale for anbefaling	20
5	Analtømning til afhjælpning af fækalinkontinens hos plejehjemsbeboere²¹	21
5.1	Fokuseret spørgsmål 7	21
5.2	Anbefaling	21
5.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	21
5.4	Baggrund for valg af spørgsmål	21
5.5	Gennemgang af evidensen	22
5.6	Summary of Findings-tabel	23
5.7	Arbejdsgruppens overvejelser	23
5.8	Rationale for anbefaling	24
6	Bækkenbundstræning til voksne med anal inkontinens	25
6.1	Fokuseret spørgsmål 8	25
6.2	Anbefaling	25
6.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	25
6.4	Baggrund for valg af spørgsmål	25
6.5	Gennemgang af evidensen	26

6.6	Summary of Findings-tabel	27
6.7	Arbejdsgruppens overvejelser	28
6.8	Rationale for anbefaling	29
7	Bækkenbundstræning til kvinder med anal inkontinens efter fødsel	30
7.1	Fokuseret spørgsmål 9	30
7.2	Anbefaling	30
7.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	30
7.4	Baggrund for valg af spørgsmål	30
7.5	Gennemgang af evidensen	31
7.6	Summary of Findings-tabel	32
7.7	Arbejdsgruppens overvejelser	33
7.8	Rationale for anbefaling	34
8	Udredning af fækalinkontinens hos kvinder efter fødsel	35
8.1	Fokuseret spørgsmål 10	35
8.2	Anbefaling	35
8.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	35
8.4	Baggrund for valg af spørgsmål	35
8.5	Gennemgang af evidensen	36
8.6	Summary of Findings-tabel	37
8.7	Arbejdsgruppens overvejelser	37
8.8	Rationale for anbefaling	38
9	Referenceliste	39
10	Bilag	44
	Bilag 1: Baggrund	45
	Bilag 2: Implementering	47
	Bilag 3: Monitorering	48
	Bilag 4: Opdatering og videre forskning	49
	Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode	50
	Bilag 6: Fokuserede spørgsmål	51
	Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer	54
	Bilag 8: Søgebeskrivelse, inkl. flow chart	57
	Bilag 9: Evidensvurderinger	65
	Bilag 10: Arbejdsgruppen og referencegruppen	66
	Bilag 11: Forkortelser og begreber	68

EVIDENSENS KVALITET – DE FIRE NIVEAUER

Den anvendte graduering af evidensens kvalitet og anbefalingsstyrke baserer sig på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Se også: <http://www.gradeworkinggroup.org> og bilag 7 og 9.

Høj (⊕⊕⊕⊕)

Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.

Moderat (⊕⊕⊕○)

Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.

Lav (⊕⊕○○)

Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt

Meget lav (⊕○○○)

Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

ANBEFALINGENS GRUNDLAG OG IMPLIKATIONER

Stærk anbefaling for ↑↑

Sundhedsstyrelsen anvender en stærk anbefaling for, når de samlede fordele ved interventionen vurderes at være klart større end ulemperne.

Svag/betinget anbefaling for ↑

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling for interventionen, når vi vurderer, at fordelene ved interventionen er marginalt større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved en eksisterende praksis, samtidig med at det vurderes, at skadevirkningerne er få eller fraværende.

Svag/betinget anbefaling imod ↓

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når vi vurderer, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, men hvor dette ikke er underbygget af stærk evidens. Vi anvender også denne anbefaling, hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre. Anvendes også, når det vurderes, at patienters præferencer varierer.

Stærk anbefaling imod ↓↓

Sundhedsstyrelsen anvender en stærk anbefaling imod, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede ulemper ved interventionen er klart større end fordelene. Vi vil også anvende en stærk anbefaling imod, når gennemgangen af evidensen viser, at en intervention med stor sikkerhed er nyttesløs.

God praksis √

God praksis, som bygger på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. En anbefaling om god praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens. Derfor er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de er stærke eller svage.

Centrale budskaber

Psyllium-frøskaller versus loperamid til afhjælpning af analinkontinens:

Ældre hjemmeboende borgere, der lider af analinkontinens

↑ Overvej at anvende psyllium-frøskaller som førstevalg fremfor loperamid til at afhjælpe analinkontinens hos ældre hjemmeboende borgere. (⊕○○○)

Patienter og borgere med kronisk diarré medførende analinkontinens, hvor anden årsag til diarré er udredt (idiopatisk)

↑ Overvej at anvende psyllium-frøskaller som førstevalg fremfor loperamid til afhjælpning af analinkontinens ved kronisk diarré. (⊕○○○)

Patienter og borgere, som er analinkontinente efter kirurgi for rectum cancer og hvor recidiv er udelukket

↑ Overvej at anvende psyllium-frøskaller som førstevalg fremfor loperamid til afhjælpning af analinkontinens efter kirurgi for rectum cancer (⊕○○○)

Patienter og borgere, som er analinkontinente efter anal kirurgi for benigne sygdomme

↑ Overvej at anvende psyllium-frøskaller som førstevalg fremfor loperamid til afhjælpning af analinkontinens opstået efter analkirurgi for benigne sygdomme (⊕○○○)

Patienter og borgere, som er analinkontinente efter strålebehandling af abdomen eller genitalia

√ Det er god praksis at afprøve psyllium-frøskaller som førstevalg fremfor loperamid til afhjælpning af analinkontinens efter strålebehandling af abdomen eller genitalia

Psyllium-frøskaller versus laksantia til afhjælpning af analinkontinens udløst af forstoppelse:

Kronisk forstoppede voksne med samtidig analinkontinens (Rome III)

√ Det er god praksis at afprøve psyllium-frøskaller eller laksantia, hvis analinkontinensen menes at være udløst af forstoppelse, idet der er fundet sammenhæng mellem forstoppelse og analinkontinens

Analtømning til afhjælpning af fækalinkontinens hos plejehjemsboere:

Plejehjemsboere med fækalinkontinens, hvor anden behandling ikke har haft tilstrækkelig effekt

↓ Overvej det nøje inden analtømning med suppositorier eller rektal væske anvendes til plejehjemsboere. Oral laksantia bør altid forsøges inden analtømning afprøves, da der ikke er fundet bedre effekt af supplerende analtømning end oral laksantia alene. (⊕○○○)

√ Det er god praksis, at anal irrigation først afprøves efter anden behandling er afprøvet, og at behandlingen udføres af eller i samarbejde med specialuddannet personale.

Bækkenbundstræning

Voksne med analinkontinens

↑ Overvej at henvise voksne med analinkontinens til individuelt superviseret bækkenbundstræning, da der er fundet en positiv effekt af bækkenbundstræning.

(⊕○○○)

Kvinder med vedvarende analinkontinens efter fødsel (indenfor 2 år efter fødsel)

↑ Overvej at henvise kvinder med vedvarende analinkontinens efter fødsel til individuelt superviseret bækkenbundstræning, da der er fundet en positiv effekt af bækkenbundstræning. (⊕○○○)

Udredning af fækalinkontinens hos kvinder efter fødsel

Kvinder med fækalinkontinens opstået efter fødsel uden kendt ruptur af anal lukkemuskel (m. Sphincter ani)

↑ Overvej at henvise kvinder med nyopstået fækalinkontinens efter fødsel til endoanal ultralydsundersøgelse, idet klinisk undersøgelse alene ikke kan detektere anale sphincterskader, og fordi rekonstruktion eller anden kirurgisk behandling kan være et muligt tilbud, såfremt inkontinensen skyldes en anal sphincterdefekt. (⊕○○○)

1 Indledning

1.1 Formål

Der er nationalt et manglende kendskab til, hvorledes borgere med analinkontinens behandles, hvilket især er fremtrædende i primærsektoren.

Formålet med denne retningslinje er derfor at øge kendskabet til, hvordan analinkontinens kan afhjælpes med simple midler. Målet er, at retningslinjen kan medvirke til, at borgere og patienter tilbydes afhjælpning af deres analinkontinens, uanset om de henvender sig til egen læge, til et kommunalt genoptræningscenter, er i kontakt med hjemmeplejen eller bor på plejehjem.

Det er desuden et stort ønske, at retningslinjen kan være med til at skabe fokus på analinkontinens for dermed at mindske det tabu, som omgiver analinkontinens.

1.2 Afgrænsning af patientgruppe

Den nationale kliniske retningslinje omhandler voksne over 18 år med analinkontinens. Retningslinjen omhandler borgere og patienter, hvor behandlingskrævende patologi er udelukket, og hvor der skønnes at være behov for at igangsætte en sundhedsfaglig indsats overfor problemet.

Retningslinjen omhandler ikke særskilt patienter med neurologisk sygdom, såsom MS, Mb Parkinson, eller apopleksi. Disse patientgrupper er omvendt heller ikke udelukket fra retningslinjen, og samme behandlingstiltag som hos ikke-neurogen analinkontinens kan derfor afprøves på disse patientgrupper.

De rygmærskadede udgør en særlig gruppe, og de er ikke omfattet af denne retningslinje.

1.3 Målgruppe/brugere

Målgruppen for denne retningslinje er alle autoriserede sundhedsprofessionelle, som møder borgere og patienter med analinkontinens. Herunder praktiserende læger, hjemmesygeplejersker, hjemmeplejere, plejehjemsansatte, og ansatte i hospitalsspektoren. Retningslinjen kan også bruges af borgere og patienter med analinkontinens, samt af disses pårørende.

1.4 Emneafgrænsning

Den nationale kliniske retningslinje indeholder handlingsanvisninger for udvalgte og velafgrænsede kliniske problemstillinger ('punktnedslag i patientforløbet'). Disse problemstillinger er prioriteret af den faglige arbejdsgruppe som de områder, hvor det er vigtigst at få afklaret evidensen.

Det er derfor ikke muligt at dække alle relevante problemstillinger vedrørende udredning eller behandling af analinkontinens i denne retningslinje, og sundhedspersonale bør være opmærksom på andre forhold end de som dækkes i retningslinjen fx. brug af medicin, kost, væskeindtag og motion kan have indflydelse på analinkontinens.

Retningslinjen berører heller ikke brug af hjælpemidler såsom bleer eller analpropper, og sundhedspersonale anbefales at sætte sig ind i gældende regler på området, når de skal rådgive borgere med analinkontinens om dette.

Fokus for denne nationale kliniske retningslinje for analinkontinens er således afgrænset til at afdække behandling med simple midler, som kan tilbydes i primærsektoren. Retningslinjen beskæftiger sig i udgangspunktet ikke med den specialiserede behandling, som tilbydes på specialafdelinger. Der er dog medtaget et udredningsspørgsmål relateret til udredning af kvinder med nyopstået fækalinkontinens efter fødslen.

De fokuserede spørgsmål, som retningslinjen tager udgangspunkt i er:

- Bør man bruge psyllium-frøskaller eller stoppende medicin (loperamid) til at afhjælpe analinkontinens hos ældre hjemmeboende borgere?
- Bør man bruge psyllium-frøskaller eller stoppende medicin (loperamid) ved kronisk diarré udløst af analinkontinens?
- Bør man anvende psyllium-frøskaller eller stoppende medicin (loperamid) ved analinkontinens efter kirurgi for rectum cancer?
- Bør man anvende psyllium-frøskaller eller stoppende medicin ved analinkontinens opstået efter anal kirurgi for benigne sygdomme?
- Bør man anvende psyllium-frøskaller eller stoppende medicin ved analinkontinens efter strålebehandling af abdomen eller genitalia?
- Bør man bruge psyllium-frøskaller eller laksantia til at afhjælpe analinkontinens hos kronisk forstoppede med samtidig analinkontinens?
- Kan analtømning afhjælpe fækalinkontinens hos plejehjemsbeboere, hvor anden behandling ikke har haft tilstrækkelig effekt?
- Kan individuelt superviseret bækkenbundstræning afhjælpe analinkontinens hos voksne?
- Kan individuelt superviseret bækkenbundstræning afhjælpe analinkontinens hos kvinder med vedvarende analinkontinens efter fødsel?
- Bør kvinder med vedvarende fækalinkontinens efter fødsel tilbydes endoanal ultralydsundersøgelse?

Vedlagt som bilag til retningslinjen findes beskrivelse af de anvendte søgestrategier for søgning af hhv. guidelines, systematiske reviews og primær litteratur, samt flow-charts med begrundelser for eksklusion af ikke relevante referencer

1.5 Patientperspektivet

De for retningslinjen relevante patientforeninger har været repræsenteret i den nedsatte referencegruppe, og de har haft mulighed for at afgive hørings svar til udkastet til den færdige retningslinje. Se medlemmerne af referencegruppen i bilag 10.

1.6 Juridiske forhold

Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer er systematisk udarbejdede ud-sagn med inddragelse af relevant sagkundskab.

Nationale kliniske retningslinjer kan bruges af fagpersoner, når de skal træffe be-slutninger om passende og god klinisk sundhedsfaglig ydelse i specifikke situatio-ner. De nationale kliniske retningslinjer er offentligt tilgængelige, og patienter kan også orientere sig i retningslinjerne.

Nationale kliniske retningslinjer klassificeres som faglig rådgivning, hvilket inde-bærer, at Sundhedsstyrelsen anbefaler relevante fagpersoner at følge retningslinjer-ne. De nationale kliniske retningslinjer er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslut-ningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse.

Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedsperso-ner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation.

Sundhedspersoner skal generelt inddrage patienten, når de vælger behandling.

2 Psyllium-frøskaller versus loperamid til afhjælpning af analinkontinens

I kapitel 2 undersøges brugen af henholdsvis psyllium-frøskaller eller stoppende medicin (loperamid) til at afhjælpe analinkontinens hos følgende patientgrupper og borgere:

- Ældre hjemmeboende borgere, der lider af analinkontinens
- patienter og borgere med kronisk diarré medførende analinkontinens, hvor anden årsag til diarré er udelukket (idiopatisk)
- patienter og borgere, som er analinkontinente efter kirurgi for rectum cancer og hvor recidiv er udelukket
- patienter og borgere med analinkontinens opstået efter anal kirurgi for benigne sygdomme.

Oprindeligt er der spurgt selvstændigt ind til evidensen bag hvert af de fire ovenstående grupper af borgere og patienter (fokuseret spørgsmål 1-4), men da evidensgrundlaget, arbejdsgruppens overvejelser og de resulterende anbefalinger er nøjagtigt de samme for de fire grupper, afrapporterer der samlet for grupperne i dette kapitel.

2.1 Fokuseret spørgsmål 1-4

Bør man bruge psyllium-frøskaller eller stoppende medicin (loperamid) til at afhjælpe analinkontinens hos ældre hjemmeboende borgere, der lider af analinkontinens?

Bør man bruge psyllium-frøskaller eller stoppende medicin(loperamid) ved kronisk diarré udløst analinkontinens?

Bør man anvende psyllium-frøskaller eller stoppende medicin (loperamid) ved analinkontinens efter kirurgi for rectum cancer?

Bør man anvende psyllium-frøskaller eller stoppende medicin ved analinkontinens opstået efter anal kirurgi for benigne sygdomme?

2.2 Anbefaling

↑ Overvej at anvende psyllium-frøskaller som førstevalg fremfor loperamid til at afhjælpe analinkontinens hos ældre hjemmeboende borgere. (⊕○○○)

↑ Overvej at anvende psyllium-frøskaller som førstevalg fremfor loperamid til afhjælpning af analinkontinens ved kronisk diarré. (⊕○○○)

↑ Overvej at anvende psyllium-frøskaller som førstevalg fremfor loperamid til afhjælpning af analinkontinens efter kirurgi for rectum cancer. (⊕○○○)

↑ Overvej at anvende psyllium-frøskaller som førstevalg fremfor loperamid til afhjælpning af analinkontinens opstået efter analkirurgi for benigne sygdomme. (⊕○○○)

2.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Det anbefales, at man informerer patienten om at afprøve det valgte middel systematisk, dvs. dagligt og i mindst én måned. Dosering kan undervejs justeres op eller ned, hvis der er manglende virkning eller hvis der opstår bivirkninger.

Psyllium-frøskaller

Den optimale dosis for psyllium-frøskaller kendes ikke, men det er beskrevet, at den mest typiske dosis er 7,1 gr. psyllium-frøskaller⁽¹⁾. Da der findes forskellige produktnavne på markedet, bør man afpasse anbefalede dosis ved at læse på fiberindhold i produktet.

Det vides ikke hvor meget væske, der bør indtages sammen med psyllium-frøskaller, for at undgå at psyllium-frøskaller virker forstoppende. Et væskeindtag på 1 1/2- 2 liter væske i døgnet (alt inklusiv) formodes at være passende, men bør tilpasses den enkeltes behov.

Der er ikke fundet særlige bivirkninger ved psyllium-frøskaller, men et studie har vist, at patienter som indtog psyllium-frøskaller overfor et placebo oplevede at maven oplevedes meget fyldt, når de tog psyllium-frøskaller. Der er desuden fundet en mulig sammenhæng mellem øget fiberindtag og øget luftdannelse og dermed øget risiko for flatusinkontinens⁽²⁾.

Loperamid

Det er fundet, at loperamid i dosis 2 mg x 2 dagligt og op til 4 mg x 3 dagligt kan mindske diarré og kan mindske inkontinens hos patienter, som har fækal inkontinens i forbindelse med deres diarré^(3,4). Det anbefales at starte med laveste dosis, da der kan være bivirkninger ved anvendelse af loperamid i form af mavesmerter, forstoppelse, hovedpine, kvalme^(3,5).

Ved ønske om at afprøve loperamid bør man desuden overveje, om der kan være mulige kontraindikationer for anvendelse af dette præparat. Det er vigtigt at kliniker informerer grundigt, og at patienten afprøver psyllium-frøskaller/ loperamid systematisk. Der bør foretages en systematisk opfølgning på anvendelse og effekt.

2.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Førstebehandlingsvalg til afhjælpning af analinkontinens er en regulering af afføringens konsistens, så afføringen bliver mere formet, og dermed bliver nemmere at holde på. Behandlingen er forbundet med få bivirkninger, lave omkostninger og kan umiddelbart iværksættes. Effekten af behandlingen kan inden for kort tid nemt evalueres.

Afføringskonsistensen kan bedres ved at tilbageholde væske i afføringen og/eller ved at dæmpe tarmperistaltikken. Dette kan ske ved hjælp af supplerende kostfibre, såsom psyllium-frøskaller, og det kan gøres ved hjælp af peristaltikdæmpende medicin⁽⁶⁾.

I Danmark anvendes to præparater hyppigst. Det drejer sig om psyllium-frøskaller og loperamid. Sidstnævnte anbefales internationalt fremfor andre peristaltikdæm-

pende præparater, på grund af få bivirkninger^(7,8). Psyllium-frøskaller er et fibertilskud (sælges som naturpræparat) med få kendte bivirkninger. Der er fundet sammenhæng mellem nedsat fiberindtag og analinkontinens⁽⁹⁾, og det er fundet at psyllium-frøskaller kan afhjælpe medicinudløst diarré. Omvendt er også fundet, at et øget fiberindtag kan medføre øget analinkontinens⁽⁶⁾.

Målet er derfor at undersøge, om man bør anvende psyllium-frøskaller eller loperamid til at afhjælpe analinkontinens og fækalinkontinens hos en række forskellige patientgrupper og borgere.

2.5 Gennemgang af evidensen

I litteratursøgningen blev der fundet 7 randomiserede studier, som omhandlede psyllium-frøskaller eller loperamid: Tre studier sammenlignede loperamid med placebo^(3,5,10), to studier sammenlignede psyllium-frøskaller med placebo^(1,2), et studie undersøgte psyllium-frøskaller i tillæg til loperamid⁽¹¹⁾, mens et studie sammenlignede psyllium-frøskaller med loperamid⁽¹²⁾. Kun studiet af Markland 2014⁽¹²⁾ kunne anvendes til at besvare det fokuserede spørgsmål, hvorfor de resterende seks studier blev ekskluderet af analysen.

Studiet af Markland 2014⁽¹²⁾ var et randomiseret kontrolleret studie med et cross-over design. Hver periode varede 4 uger, hvorefter deltagerne havde en 2 ugers wash-out periode inden cross-over. I indeværende analyse blev alene data fra første periode anvendt. I studiet fandt man, at psyllium-frøskaller og loperamid havde en næsten identisk positiv effekt på antal inkontinensepisoder.

Studiet er alene publiceret som abstract og selvom arbejdsgruppen har haft adgang til data vedrørende livskvalitet, bivirkninger og ophør med behandling pga. bivirkninger, har forfatterne ikke ønsket at disse data anvendes i retningslinjen, før data er fuldt publiceret. Det er således kun muligt at rapportere data vedrørende antal inkontinensepisoder for hhv. psyllium-frøskaller og loperamid, mens det forhåbentligt senere bliver muligt at rapportere på de resterende effektmål.

De fire patientgrupper/borgere for dette fokuserede spørgsmål er ikke ekskluderet fra studiet. Vi mener derfor, at man kan antage at patientgrupperne/borgerne er omfattet af studiet, og konkluderer i forhold til dette.

2.6 Summary of Findings-tabel

Psyllium-frøskaller sammenlignet med Loperamid						
Patient eller population: Voksne med analinkontinens						
Intervention: Psyllium-frøskaller						
Comparator: Loperamid						
Outcome	Absolut effekt (95% CI)			Antal deltagere (studier), opfølgning	Kvalitet af evidensen (GRADE)	Kommentar
	Loperamid	Psyllium-frøskaller	Forskel med psyllium-frøskaller			
Livskvalitet (Quality of life)						Ingen data
Forstoppelse (Constipation)						Ingen data
Behandlingsop-hør pga. bivirkninger (Dropout due to adverse effects)						Ingen data
Antal ugentlige inkontinensstilfælde (Number of weekly incontinence episodes)	4.1 tilfælde	4.8 tilfælde	0.7 flere (-1.55 til 2.99)	73 deltagere (1 studie) ⁽¹²⁾ , opfølgning efter 4 uger	⊕○○○ Meget lav kvalitet	Et studie, brede konfidensintervaller
Mavesmerter (Stomach pain)						Ingen data
CI: Konfidensinterval						

2.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen

Kvaliteten af evidensen er meget lav, da der kun er fundet ét studie, der alene er publiceret som et abstract. Studiets resultater har brede konfidensintervaller, og den fundne effekt kan derfor være usikker. Muligvis på grund af den korte publikation er randomiseringsproceduren ikke beskrevet⁽¹²⁾.

Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter

Der er fundet samme effekt af psyllium-frøskaller og loperamid ift. antal inkontinensstilfælde. Der er en tendens til øgede bivirkninger ved loperamid, hvorfor psyllium-frøskaller anbefales som første behandlingsvalg.

Patientpræferencer

Det er uvist om patienterne foretrækker psyllium-frøskaller eller loperamid. For nogle patienter vil oplevelsen af at tage et fibertilskud være at foretrække, mens

andre hellere vil have en tablet.

Der vil desuden være forskel på, om patienten ønsker fibertilskud i løs form eller som kapsler.

Andre overvejelser

2.8 Rationale for anbefaling

Da effekten af psyllum-frøskaller og loperamid er ens i forhold til antal inkontinensstilfælde, og der er tendens til at loperamid har flere skadevirkninger, anbefales det at psyllum-frøskaller afprøves før loperamid afprøves.

3 Psyllium-frøskaller versus loperamid til afhjælpning af analinkontinens efter strålebehandling af abdomen eller genitalia

3.1 Fokuseret spørgsmål 5

Bør man anvende psyllium-frøskaller eller stoppende medicin ved analinkontinens efter strålebehandling af abdomen eller genitalia?

3.2 anbefaling

√ Det er god praksis at afprøve psyllium-frøskaller som førstevalg fremfor loperamid til afhjælpning af analinkontinens efter strålebehandling af abdomen eller genitalia.

3.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Det anbefales, at man informerer patienten om at afprøve det valgte middel systematisk, dvs. dagligt og i mindst én måned. Dosering kan undervejs justeres op eller ned, hvis der er manglende virkning eller hvis der opstår bivirkninger.

Psyllium-frøskaller

Den optimale dosis for psyllium-frøskaller kendes ikke, men det er beskrevet, at den mest typiske dosis er 7,1 gr. psyllium-frøskaller⁽¹⁾. Da der findes forskellige produktnavne på markedet bør man afpasse anbefalede dosis ved at læse på fiberindhold i produktet.

Det vides ikke hvor meget væske der bør indtages sammen med psyllium-frøskaller, for at undgå at psyllium-frøskaller virker for stoppende. Et væskeindtag på 1 1/2- 2 liter væske i døgnet (alt inklusiv) formodes at være passende, men bør tilpasses den enkeltes behov.

Der er ikke fundet særlige bivirkninger ved psyllium-frøskaller, men et studie har vist at patienter som indtog psyllium-frøskaller overfor et placebo oplevede at maven oplevedes meget fyldt, når de tog psyllium-frøskaller. Der er desuden fundet en mulig sammenhæng mellem øget fiberindtag og øget luftdannelse og dermed øget risiko for flatusinkontinens⁽²⁾.

Loperamid

Det er fundet, at loperamid i dosis 2 mg x 2 dagligt og op til 4 mg x 3 dagligt kan mindske diarré og kan mindske inkontinens hos patienter, som har fækal inkontinens i forbindelse med deres diarré^(3,4). Det anbefales at starte med laveste dosis, da der kan være bivirkninger ved anvendelse af loperamid i form af mavesmerter, forstoppelse, hovedpine, kvalme^(3,5).

Ved ønske om at afprøve loperamid bør man desuden overveje, om der kan være mulige kontraindikationer for anvendelse af dette præparat.

3.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Førstebehandlingsvalg til afhjælpning af analinkontinens er en regulering af afføringens konsistens, så afføringen bliver mere formet, og dermed bliver nemmere at holde på. Behandlingen er forbundet med få bivirkninger, lave omkostninger og kan umiddelbart iværksættes. Effekten af behandlingen kan inden for kort tid nemt evalueres.

Afføringskonsistensen kan bedres ved at tilbageholde væske i afføringen og/eller ved at dæmpe tarmperistaltikken. Dette kan ske ved hjælp af supplerende kostfibre, såsom psyllium-frøskaller, og det kan gøres ved hjælp af peristaltikdæmpende medicin⁽⁶⁾.

I Danmark anvendes to præparater hyppigst. Det drejer sig om psyllium-frøskaller og loperamid. Sidstnævnte anbefales internationalt fremfor andre peristaltikdæmpende præparater, på grund af få bivirkninger^(7,8). Psyllium-frøskaller er et fibertilskud (sælges som naturpræparat) med få kendte bivirkninger. Der er fundet sammenhæng mellem nedsat fiberindtag og analinkontinens⁽⁹⁾, og det er fundet at psyllium-frøskaller kan afhjælpe medicinuløst diarré. Omvendt er også fundet, at et øget fiberindtag kan medføre øget analinkontinens⁽⁶⁾.

Målet er derfor at undersøge, om man bør anvende psyllium-frøskaller eller loperamid til at afhjælpe analinkontinens og fækalinkontinens hos patienter og borgere, som er analinkontinente efter strålebehandling af abdomen eller genitalia.

3.5 Gennemgang af evidensen

I litteratursøgningen blev der fundet 7 randomiserede studier, som omhandlede psyllium-frøskaller eller loperamid: Tre studier sammenlignede loperamid med placebo^(3,5,10), to studier sammenlignede psyllium-frøskaller med placebo^(1,2), et studie undersøgte psyllium-frøskaller i tillæg til loperamid⁽¹¹⁾, mens et studie sammenlignede psyllium-frøskaller med loperamid⁽⁹⁾.

Studiet af Markland 2014⁽¹²⁾ kunne som det eneste anvendes til at besvare det fokuserede spørgsmål, men patientgruppen for indeværende spørgsmål, patienter med analinkontinens efter strålebehandling, var ekskluderet fra studiet. Se også oversigt over de ekskluderede studier i bilag.

Da patientgruppen for det fokuserede spørgsmål (patienter med analinkontinens efter strålebehandling af abdomen eller genitalia) var ekskluderet fra Markland studie, kan studiets konklusioner ikke anvendes direkte overfor på denne patientgruppe, hvorfor anbefalingen er alene fremkommet ved konsensus.

3.6 Summary of Findings-tabel

Der foreligger ikke Summary of Findings tabel for dette spørgsmål.

3.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der kunne ikke findes studier, som afdækkede problemstillingen for målgruppen, idet det eneste fundne studie, der afdækkede emnet, netop ekskluderede denne målgruppe.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Der er fundet samme effekt af psyllium-frøskaller og loperamid ift. antal inkontinensilfælde. Der er fundet en tendens til øgede bivirkninger ved loperamid, hvorfor psyllium-frøskaller anbefales som første behandlingsvalg.
Patientpræferencer	<p>Det er uvist om patienterne foretrækker psyllium-frøskaller eller loperamid. For nogle patienter vil oplevelsen af at tage et fibertilskud være at foretrække, mens andre hellere vil have en tablet.</p> <p>Der vil desuden være forskel på om patienter ønsker fibertilskud i løs form eller som kapsler.</p>
Andre overvejelser	

3.8 Rationale for anbefaling

Der er i litteraturgennemgangen ikke fundet studier, der specifikt undersøger effekten af psyllium-frøskaller eller loperamid til afhjælpning af analinkontinens efter strålebehandling af abdomen eller genitalia.

Omvendt er der ikke fundet studier, der har fundet kontraindikationer mht. at afprøve psyllium-frøskaller eller loperamid til patientgruppen. Det foreslås derfor som en god praksis anbefaling, at psyllium-frøskaller anvendes som førstevalg, idet der ikke er fundet særlige bivirkninger ved anvendelse af psyllium-frøskaller.

4 Psyllium-frøskaller versus laksantia til afhjælpning af analinkontinens udløst af forstoppelse

4.1 Fokuseret spørgsmål 6

Bør man bruge psyllium-frøskaller eller laksantia til at afhjælpe analinkontinens hos kronisk forstoppede med samtidig analinkontinens?

4.2 Anbefaling

√ Det er god praksis at afprøve psyllium-frøskaller eller laksantia, hvis analinkontinensen menes at være udløst af forstoppelse, idet der er fundet sammenhæng mellem forstoppelse og analinkontinens

4.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Det er vigtigt i anamnesen af patienter med analinkontinens, altid at spørge til tarmtømningsproblemer og afføringsmønstre, idet forstoppelse og forringet tarmtømning er fundet at hænge sammen med analinkontinens. Patienter med forstoppelsesudløst analinkontinens bør informeres om at tage det valgte laksantia dagligt, og patienten skal informeres om, at det valgte laksantia kan doseres til ønsket konsistens.

Desuden skal patienten informeres om, at man kan kombinere flere slags laksantia, idet der kan være behov for både et peristaltikfremmende og et osmotisk laksantia.

Arbejdsgruppen forslår, at man følger op på behandling, da behandling i høj grad er baseret på, at der i anamnesen er beskrevet forstoppelse eller tarmtømningsbesvær i forbindelse med analinkontinens.

4.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Der menes at være tre årsager til forstoppelsesudløst analinkontinens:

- 1) Ophobning af afføring (Fecal Impaction), hvor der samler sig klumper af afføring i den nederste del af tarmen. Dette kan være forårsaget af fx nedsat evne til tarmtømning, fysisk inaktivitet, nedsat væskeindtag, medicinbivirkninger og/eller metaboliske sygdomme.
- 2) Mangelfuld tarmtømning, hvor der er siven af mindre mængder afføring (soiling) ofte indenfor et par timer efter toiletbesøg. Problematikken menes at have forbindelse med anal slimhindeprolaps, rectocele, eller en dyskoordineret defækation, hvor personen ikke har en passende afslapning af sin bækkenbundsmuskler under defækation.
- 3) Forringet tarmtømning pga. svaghed af bækkenbundsmusklerne herunder den anale sphincter. Man mener, at eftergivelig bækkenbund kan medvirke til forringet tarmtømning. Årsagen til en svag og eftergivelig bækkenbund er formodentlig bør-

nefødsler og kronisk forstoppelse, hvor der er opstået skader på muskulatur, nerveforsyning og bindevæv i forbindelse med langvarig pressen (Nurko S 2011)

Formålet med dette spørgsmål er at undersøge om det er bedst at anvende Psyllium-frøskaller eller laksantia til at afhjælpe analinkontinens udløst af forstoppelse.

4.5 Gennemgang af evidensen

Der blev ud fra eksisterende guidelines, systematiske reviews eller udvidet litteratursøgning ikke fundet randomiserede eller observationelle studier, der kunne belyse dette fokuserede spørgsmål.

4.6 Summary of Findings-tabel

Der foreligger ikke Summary of Findings tabel for dette spørgsmål.

4.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der blev ikke fundet randomiserede eller observationelle studier, der kunne belyse dette fokuserede spørgsmål.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Der formodes, at såvel psyllium-frøskaller som laksantia kan have positiv effekt på den forstoppelse som udløser analinkontinens. Det formodes at der ikke er større bivirkninger ved hverken laksantia eller psyllium-frøskaller.
Patientpræferencer	Vi har ingen viden om variation i præferencer.
Andre overvejelser	

4.8 Rationale for anbefaling

Antallet af voksne med forstoppelsesudløst fækalinkontinens er ukendt, men flere studier har fundet sammenhæng mellem fækalinkontinens og kronisk forstoppelse. Der er således fundet, at selvrapporert forringet tarmtømning udgør en næsten 4 gange øget (OR) risiko for rapportering af fækalinkontinens^(13,14), og der er fundet en signifikant sammenhæng mellem selvrapporert forringet tarmtømning og forekomst af fækalinkontinens⁽¹⁵⁾.

5 Analtømning til afhjælpning af fækalinkontinens hos plejehjemsbeboere

5.1 Fokuseret spørgsmål 7

Kan analtømning afhjælpe fækalinkontinens hos plejehjemsbeboere, hvor anden behandling ikke har haft tilstrækkelig effekt?

5.2 Anbefaling

↑ Overvej det nøje om analtømning med suppositorier eller rektal væske skal anvendes til plejehjemsbeboere. Oral laksantia bør altid forsøges inden analtømning afprøves, da der ikke er fundet bedre effekt af supplerende analtømning end oral laksantia alene. (⊕○○○)

√ Det er god praksis, at anal irrigation først afprøves efter anden behandling er afprøvet, og at behandlingen udføres af eller i samarbejde med specialuddannet personale.

5.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Analtømning kan afprøves i sin mest simple form med rektale suppositorier eller rektal væske, enten i form af fosfatklyx eller vand.

Transanal irrigation udgør en mere omfattende procedure, hvor man indsætter et kateter i rectum og fylder op mod en liter vand i tarmen. Proceduren tager mellem 30-120 minutter og gennemføres dagligt eller hver anden dag efter behov. Denne procedure bør alene iværksættes i samarbejde med specialafdeling.

5.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Op mod halvdelen af ældre plejehjemsbeboere har problemer med at holde på afføringen⁽¹⁶⁾. Årsager til afføringsinkontinens hos plejehjemsbeboere menes at være aldringsrelaterede neuromuskulære forandringer og forandringer forårsaget af comorbiditet, herunder neurologiske lidelser inklusiv demens. Disse ændringer kan medføre ændret og ofte nedsat motilitet i tarmen, nedsat evne til at rumme afføring i tarmen, og nedsat evne til at holde på afføringen enten pga nedsat muskelfunktion eller manglende fornemmelse af tarmfyldning.

Det er typisk for plejehjemsbeboere, at de ofte ikke er helt selvhjulpne, men har behov for hjælp til personlig hygiejne. Fækalinkontinens vil derfor hos denne gruppe borgere medføre en del omkostninger relateret til øget personaleforbrug, bleforbrug, tøjvask og rengøring.

På mange plejehjem er det fast procedure at anvende afføringsmidler. I et randomiseret studie af ældre, som blev indlagt på geriatrisk afsnit, fandt man, at regelmæssig brug af oral laksantia, uanset om den ældre havde et kendt inkontinensproblem eller ej, mindskede forekomsten af afføringsinkontinens og reducerede tidsforbrug hos plejepersonale⁽¹⁷⁾.

Formålet med dette spørgsmål, er at undersøge om brug af analtømning kan mindske forekomst af afføringsinkontinens hos plejehjemsbeboere, hvor anden behandling ikke har haft tilstrækkelig effekt.

5.5 Gennemgang af evidensen

I litteratursøgningen blev der fundet et prospektivt randomiseret kontrolleret studie, der kunne anvendes til at besvare det fokuserede spørgsmål⁽¹⁸⁾. I studiet indgik 206 plejehjemsbeboere med mindst ugentlig fækalinkontinens og mindst et registreret tilfælde af ophobet afføring indenfor de sidste 2 måneder. Deltagerne blev randomiseret til enten oral laksantia alene eller til oral laksantia suppleret med analtømning. Follow up var 5 og 8 uger efter opstart af intervention. Man fandt, at tilføjelse af analtømning i form af glycerol suppositorier og et ugentligt vandklyx ikke havde bedre effekt på antal inkontinensepisoder end brug af oral laksantia alene.

Studiet var af meget lav kvalitet, idet der både var uklarhed vedrørende randomisering af deltagere, og et markant stort frafald, så der kun blev præsenteret resultater på 123 af de oprindeligt 206 inkluderede deltagere efter 5 ugers intervention. Opfølgelse efter 8 uger var yderligere inkomplet, idet der kun blev rapporteret data for de deltagere som modtog anal tømning.

Livskvalitet, forekomst af hudgener, antal cystittilfælde, smerter ved analtømning og ophør med behandling pga bivirkninger kunne ikke belyses ud fra det fundne studie. I det fundne studie fandtes ingen forskel i antal inkontinensepisoder ved brug af oral laksantia alene versus oral laksantia med samtidig analtømning. Dog fandt man ved digital undersøgelse af gruppen, som modtog anal tømning, at fuldstændig tarm tømning mindsker antal inkontinensepisoder med 35 %, og at der er 42 % færre episoder med behov for tøjvask. Man konkluderer endvidere, at tidsforbrug for plejepersonale minimeres, når der er en komplet tarm tømning. Gruppen, som ikke modtager anal tømning undersøges ikke digitalt, hvorfor det ikke vides om man ville have fundet den samme effekt hos denne gruppe.

To review artikler har ud fra den eksisterende litteratur konkluderet, at transanal irrigation er effektivt hos omkring halvdelen med fækalinkontinens^(19,20), men at mellem 8-60% ophører med at anvende det igen.

5.6 Summary of Findings-tabel

Regelmæssig analtømning mere end 1 gang ugentligt sammenlignet med ingen analtømning						
Patient eller population: Plejehjemsbeboere med afføringsinkontinens, hvor anden behandling ikke har haft tilstrækkelig effekt						
Intervention: Regelmæssig analtømning mere end 1 gang ugentligt						
Comparator: Ingen analtømning						
Outcome	Absolut effekt (95% CI)			Antal deltagere (studier)	Kvalitet af evidensen (GRADE)	Kommentar
	Ingen analtømning	Regelmæssig analtømning mere end 1 gang ugentligt	Forskel med analtømning			
hudgener (skin problems)						Ingen data
Smerter ved analtømning (Pain during anal discharge)						Ingen data
Ophør med behandling pga bivirkninger (Drop out)						Ingen data
Antal tilfælde af fækalinkontinens (Fecal incontinence incidences)	24 tilfælde	24 tilfælde	0 (-3,94 til 3,94)	123 (1 studie) ⁽¹⁸⁾	(⊕○○○) Meget lav	Risk of bias, manglende præcision
Livskvalitet (Quality of life)						Ingen data
Antal cystit tilfælde (Number of cystitis)						Ingen data
CI: Konfidensinterval						

5.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	<p>Det blev fundet et studie af meget lav kvalitet.</p> <p>Der er ikke fundet studier, som omhandler anvendelse af transanal irrigation til plejehjemsbeboere.</p>
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	<p>Fordelen ved analtømning er, at der er større sandsynlighed for fuldstændig tarmtømning, hvilket kan være vigtigt i forbindelse med fx hudproblemer, som</p>

	<p>forværres af fækalinkontinens.</p> <p>Ulemperne ved analtømning er, at det er tidskrævende og omstændeligt, og at det for mennesker med kognitive ændringer, muligvis kan opleves som et overgreb.</p> <p>Tidsforbruget kan dog i visse tilfælde opvejes af et mindre behov for bleskift og en mulig mindsket forekomst af hudgener.</p>
Patientpræferencer	<p>Det er uklart om der er variation, men det formodes, at det er de færreste som umiddelbart vil ønske anal tømning, hvis orallaksantia kan afhjælpe deres fækalinkontinens.</p>
Andre overvejelser	<p>Transanal irrigation er en omfattende procedure, som kræver særskilt oplæring.</p>

5.8 Rationale for anbefaling

Man bør kun overveje at anvende analtømning i særlige tilfælde, efter oral laksantia er afprøvet eller hvor der er særlige hensyn, som gør at laksantia ikke er tilstrækkeligt. Eksempelvis ved behov for en fuldstændig sikker tarmtømning som følge af hudproblemer, som forværres af fækalinkontinens.

Der er ikke fundet studier, der omhandler anvendelse af transanal irrigation til plejehjemsbeboere. Arbejdsgruppen anbefaler, at der henvises til specialafdeling, hvis man skønner at der er behov for transanal irrigation efter anden behandling har været afprøvet.

6 Bækkenbundstræning til voksne med anal inkontinens

6.1 Fokuseret spørgsmål 8

Kan individuelt superviseret bækkenbundstræning afhjælpe analinkontinens hos voksne?

6.2 Anbefaling

↑ Overvej at henvise voksne med analinkontinens til individuelt superviseret bækkenbundstræning, da der er fundet en positiv effekt af bækkenbundstræning.

(⊕○○○)

6.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Det anbefales, at bækkenbundstræningsforløbet strækker sig over 8-16 uger for at sikre at en træningseffekt kan opnås. Desuden anbefales det, at patienten gennemfører regelmæssig hjemmetræning mindst 3 gange ugentligt, gerne dagligt.

Det kan ikke ud fra foreliggende litteratur vurderes, hvilket bækkenbundstræningsprogram, der er mest effektivt. Træningen bør være individuelt tilpasset, så den tager udgangspunkt i patientens funktionsniveau. Træningsintensiteten bør progredieres i takt med at forbedringer opnås. Træningen bør tilrettelægges så den tilgodeser forbedring af muskelstyrke, dynamisk og statisk udholdenhed, samt koordinati-on.

Det kan ikke vurderes om bækkenbundstræning suppleret med visuel eller auditiv feedback er mere effektivt end bækkenbundstræning, hvor der alene gives feedback i forbindelse med indvendig undersøgelse.

6.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Bækkenbundstræning indebærer, at man på systematisk vis og ved hjælp af specifikke voluntære øvelser træner de tværstribede muskler i bækkenbunden inklusiv de tværstribede lukkemuskler omkring urinrør og endetarmsåbning mhp at mindske inkontinens. Målet med træningen er at øge muskelstyrke, muskeludholdenhed og koordination, idet der er fundet sammenhæng mellem nedsat bækkenbundsfunction og analinkontinens⁽²¹⁻²³⁾.

Der er ingen konsensus blandt fagprofessionelle omkring, hvad der er det bedste træningsregime, hverken i forhold til træningsmængde eller intensitet, træningshyppighed eller længden af træningsforløbet. Træningen af bækkenbundens tværstribede muskler bør være baseret på almene træningsfysiologiske principper, og træningen skal planlægges mhp. specificitet og progression. For at sikre specificitet dvs., at det reelt er bækkenbundsmusklerne inklusiv den ydre anale lukkemuskel, som trænes, er det vigtigt at undersøge om personen kniber korrekt, dvs. undlader at anvende hjælpemuskler eller kommer til at anvende bugpresse.

Et studie viste, at 12% anvendte bugpresse og at 44% anvendte andre muskler i forsøget på at frembringe en bækkenbundskontraktion⁽²⁴⁾. Man bør derfor i ethvert træningsforløb foretage en indvendig undersøgelse af bækkenbundsmusklerne og den anale lukkemuskel, så det sikres at bækkenbundstræningen udføres korrekt.

Hvis patienten skal opnå en optimal effekt af sin træning, skal denne justeres i træningsforløbet, så der hele tiden er en grad af ”overload” i forbindelse med træningen, uden at dette påvirker kvaliteten af træningen.

En vigtig faktor relateret til bækkenbundstræning er at øge bevidstheden om at anvende sine bækkenbundsmuskler til at aflukke åbningerne i bækkenbunden, når bugtrykket stiger, og når der er yderligere behov for at holde tilbage for tarmluft eller afføring. Der lægges derfor særlig vægt på træning af koordination, udholdenhed og knibehastighed hos mennesker med analinkontinens⁽²⁵⁾.

Netop på grund af dette særlige behov tilbydes bækkenbundstræning til afhjælpning af analinkontinens ofte sammen med et redskab, dvs. en eller anden form for biofeedback, som kan være behjælpelig med at aflæse om patienten udfører træningen korrekt, og som kan give patienten feedback på træningen. Der er i litteraturen beskrevet forskellige former for bækkenbundstræning under betegnelsen biofeedback træning fx i form af EMG biofeedback, manometrisk biofeedback, ballontræning og anal ultralyd. De fleste programmer har samtidig foreskrevet bækkenbundstræning uden biofeedback sideløbende med biofeedback træningen.

På trods af, at der anvendes forskellige feedback redskaber, er det fortsat usikkert om bækkenbundstræning udført sammen med feedback, har signifikant bedre effekt end individuelt superviseret bækkenbundstræning⁽²⁶⁻²⁸⁾. Da det desuden er usikkert, om der kan tilbydes biofeedback til alle patienter med analinkontinens i primærsektoren, er der valgt at se på bækkenbundstræning som en fælles betegnelse for enhver form for individuelt superviseret bækkenbundstræning, hvor der foretages en indvendig undersøgelse af muskelfunktionen i forbindelse med træningen.

Formålet med de fokuserede spørgsmål er at undersøge om individuelt superviseret bækkenbundstræning tilbudt med eller uden et hjælperedskab kan afhjælpe analinkontinens hos voksne med analinkontinens generelt.

6.5 Gennemgang af evidensen

I evidensgrundlaget indgik 4 randomiserede kontrollerede studier, som alle var af lav kvalitet. I litteratursøgningen blev yderligere 19 (20) studier fundet. Disse studier blev ekskluderet fra analysen, da de ikke indeholdte relevante sammenligninger af behandlingsmetoder, eller ikke rapporterede anvendelige data. Oversigt over disse studier med baggrund for eksklusion af de enkelte studier findes som bilag.

To af de 4 inkluderede studier viste en lille, men signifikant effekt af bækkenbundstræning^(26,29), mens de resterende studier ikke kunne finde forskel i antal inkontinensepisoder efter individuelt superviseret bækkenbundstræning sammenlignet med ikke individuelt superviseret bækkenbundstræning. Begge studier havde inkluderet en et-års opfølgning, som viste fortsat positiv effekt af intervention overfor kontrolgruppen. De fire studier havde hovedsageligt kvinder inkluderet, men det formodes at effekten af bækkenbundstræning er ens uanset køn.

I det største af de fire studier (Norton 2003, n= 171, 159 kvinder) sammenlignede man bækkenbundstræning med og uden biofeedback overfor livsstilsrådgivning

uden bækkenbundstræning. Studiet var veldesignet, men havde svagheder vedrørende blinding af behandlere og undersøgere af effekt. Studiet af Heymen 2009 inkluderede 168 (83 ud af de 108 som modtog bækkenbundstræning var kvinder) og undersøgte effekten af superviseret bækkenbundstræning tilbudt sammen med manometrisk biofeedback versus verbalt instrueret bækkenbundstræning. I studiet fandt man positiv effekt på antal ugentlige inkontinensstilfælde. Studiet var af lav kvalitet, især pga. af store frafald, og havde desuden svagheder omkring inklusions- og randomiseringsforløbet.

Et fransk studie⁽³⁰⁾ med 157 deltagere sammenlignede individuelt superviseret biofeedback med livsstilsrådgivning uden bækkenbundstræning. Studiet fandt ingen forskel i effekt i forhold til antal ugentlige inkontinensepisoder mellem grupperne, men studiet havde et stort frafald i træningsgruppen, og inkomplet rapportering af data for begge grupper.

Et svensk studie⁽³¹⁾, der alene er publiceret som et abstract, randomiserede 65 kvinder til hhv. 2 måneders livsstilsrådgivning eller 4-6 måneders biofeedback træning, hvorefter begge grupper fortsatte med en kombinationsbehandling. Begge grupper havde alene positiv effekt af kombinationsbehandlingen. Data fra studiet er ikke publiceret på en sådan måde, at de kan anvendes i analysen.

Det var ikke muligt ud fra de inkluderede studier at opgøre data på livskvalitet, idet data ikke blev rapporteret på en måde at de kunne analyseres. Vi fandt ingen data vedrørende smerter ved bækkenbundstræning, mens frafald kunne opgøres ud fra 3 studier.

6.6 Summary of Findings-tabel

Individuelt superviseret bækkenbundstræning af mindst 8 ugers varighed (+/- Biofeedback) sammenlignet med ingen superviseret bækkenbundstræning							
Patient eller population: Voksne med analinkontinens							
Intervention: Individuelt superviseret bækkenbundstræning af mindst 8 ugers varighed (+/- Biofeedback)							
Comparator: Ingen superviseret bækkenbundstræning							
Outcome	Absolut effekt (95% CI)*			Relativ effekt (95% CI)	Antal deltagere (studier)	Kvalitet af evidensen (GRADE)	Kommentar
	Ingen superviseret bækkenbundstræning	Individuelt superviseret bækkenbundstræning	Forskel med bækkenbundstræning				
Frafald (Dropout)	200 per 1000	230 per 1000 (114 til 460)	30 flere per 1000 (-86 til 260)	RR 1,15 (0,57 til 2,3)	496 (3 studier) ^(26,29,30)	(⊕○○○) Meget lav	Risk of bias samt bredt konfindensinterval
Smerter (Pain)							Ingen data
Livskvalitet (Quality of life)							Ikke muligt at lave meta-analyse
Antal daglige inkontinensstilfælde (No. of	0,7 tilfælde	0,8 tilfælde	0,1 flere med træning (-0.39 til 0.59)		92 (1 studie) ⁽³⁰⁾	(⊕⊕○○) Lav	Kun et studie og der er frafald samt mang-

daily incontinence episodes)						lende blinding
Antal ugentlige inkontinenstilfælde (No. of weekly incontinence episodes)	1 tilfælde	0 tilfælde	1,0 færre med træning (-1,66 til 0,34)	140 (1 studie) ⁽²⁶⁾	(⊕⊕○○) Lav	Kun et studie og manglende blinding
Antal dage per uge med inkontinens (No. of days per week with incontinence)	1,6 dage	0,83 dage	0,77 færre med træning (-1,48 til -0,06)	93 (1 studie) ⁽²⁹⁾	(⊕○○○) Meget lav	Kun et studie med unclear allokation concealment, manglende blinding, stort frafald
*Baseline-risikoen er baseret på medianen af risiko i kontrolgrupperne i de inkluderede studier. Effekten i interventionsgruppen er baseret på baseline-risikoen og den relative effekt af interventionen.						
CI: Konfidensinterval RR: Relativ risiko						

6.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er meget lav. Der er fundet manglende blinding af behandler og patient, problemer med randomiseringsprocedurer, samt inkomplette data.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Bækkenbundstræning er en sikker intervention og skadevirkninger vurderes at være få og milde. Den positive effekt af interventionen vurderes at være større end eventuelle gener.
Patientpræferencer	Det vurderes, at de fleste patienter vil ønske at afprøve interventionen, men nogle patienter vil afstå fra det.
Andre overvejelser	Det bør være specialuddannet sundhedspersonale, som varetager interventionen, og det anbefales at patientens knibe-funktion undersøges ved en indvendig undersøgelse i forbindelse med bækkenbundstræningen for at sikre at patienten udfører træningen korrekt.

6.8 Rationale for anbefaling

Da der er fundet en positiv effekt af bækkenbundstræning og der ikke er beskrevet bivirkninger ved behandlingen, bør man, for at afhjælpe analinikontinens hos voksne, overveje at henvise til individuelt superviseret bækkenbundstræning.

7 Bækkenbundstræning til kvinder med anal inkontinens efter fødsel

7.1 Fokuseret spørgsmål 9

Kan individuelt superviseret bækkenbundstræning afhjælpe analinkontinens hos kvinder med vedvarende analinkontinens efter fødsel?

7.2 Anbefaling

↑ Overvej at henvise kvinder med vedvarende analinkontinens efter fødsel til individuelt superviseret bækkenbundstræning, da der er fundet en positiv effekt af bækkenbundstræning. (⊕○○○)

7.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Det anbefales, at bækkenbundstræningsforløbet strækker sig over 8-16 uger for at sikre at en træningseffekt kan opnås. Desuden anbefales det, at patienten gennemfører regelmæssig hjemmetræning mindst 3 gange ugentligt, gerne dagligt.

Det kan ikke ud fra foreliggende litteratur vurderes, hvilket bækkenbundstræningsprogram som er mest effektivt. Træningen bør være individuelt tilpasset, så den tager udgangspunkt i patientens funktionsniveau. Træningsintensiteten bør progredieres i takt med at forbedringer opnås. Træningen bør tilrettelægges, så den tilgodeser forbedring af muskelstyrke, dynamisk og statisk udholdenhed, samt koordination.

Det kan ikke vurderes om bækkenbundstræning suppleret med visuel eller auditiv feedback er mere effektivt end bækkenbundstræning, hvor der alene gives feedback i forbindelse med indvendig undersøgelse.

Man bør have for øje at kvinder efter fødslen kan have smerter i genitalområdet, hvorfor man være tage hensyn til dette og eventuelt udsætte indvendig undersøgelse til smerterne er aftaget.

7.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Bækkenbundstræning indebærer, at man på systematisk vis og ved hjælp af specifikke voluntære øvelser træner de tværstribede muskler i bækkenbunden inklusiv de tværstribede lukkemuskler omkring urinrør og endetarmsåbning mhp at mindske inkontinens. Målet med træningen er at øge muskelstyrke, muskeludholdenhed og koordination, idet der er fundet sammenhæng mellem nedsat bækkenbundsfunction og analinkontinens⁽²¹⁻²³⁾.

Der er ingen konsensus blandt fagprofessionelle omkring, hvad der er det bedste træningsregime, hverken i forhold til træningsmængde eller intensitet, træningshyppighed eller længden af træningsforløbet. Træningen af bækkenbundens tværstribede muskler, bør være baseret på almene træningsfysiologiske principper, og træningen skal planlægges mhp. specificitet og til progression. For at sikre specifi-

citet dvs., at det reelt er bækkenbundsmusklerne inklusiv den ydre anale lukkemuskel, som trænes, er det vigtigt, at undersøge om personen kniber korrekt, dvs. undlader at anvende hjælpemusklener eller kommer til at anvende bugpresse.

Et studie viste, at 12% anvendte bugpresse og at 44% anvendte andre muskler i forsøget på at frembringe en bækkenbundskontraktion⁽²⁴⁾. Man bør derfor i ethvert træningsforløb foretage en indvendig undersøgelse sv. til bækkenbundsmusklerne og den anale lukkemuskel, så det sikres at bækkenbundstræningen udføres korrekt.

Hvis patienten skal opnå en optimal effekt af sin træning, skal denne justeres i træningsforløbet, så der hele tiden er en grad af ”overload” i forbindelse med træningen uden at dette påvirker kvaliteten af træningen.

En vigtig faktor relateret til bækkenbundstræning er at øge bevidstheden om at anvende sine bækkenbundsmuskler til at aflukke åbningerne i bækkenbunden, når bugtrykket stiger, og når der er yderligere behov for at holde tilbage for tarmluft eller afføring. Der lægges derfor særlig vægt på træning af koordination, udholdenhed og knibehastighed hos mennesker med analinkontinens⁽²⁵⁾.

Netop på grund af dette særlige behov tilbydes bækkenbundstræning til afhjælpning af analinkontinens ofte sammen med et redskab, dvs. en eller anden form for biofeedback, som kan være behjælpelig med at aflæse om patienten udfører træningen korrekt, og som kan give patienten feedback på træningen. Der er i litteraturen beskrevet forskellige former for bækkenbundstræning under betegnelsen biofeedback træning fx i form af EMG biofeedback, manometrisk biofeedback, ballontræning og anal ultralyd. De fleste programmer har samtidig foreskrevet bækkenbundstræning uden biofeedback sideløbende med biofeedback træningen.

På trods af, at der anvendes forskellige feedback redskaber er det fortsat usikkert om bækkenbundstræning udført sammen med feedback har signifikant bedre effekt end individuelt superviseret bækkenbundstræning⁽²⁶⁻²⁸⁾. Da det desuden er usikkert, om der kan tilbydes biofeedback til alle patienter med analinkontinens i primærsektoren, har vi valgt at se på bækkenbundstræning som en fælles betegnelse for enhver form for individuelt superviseret bækkenbundstræning, hvor der foretages en indvendig undersøgelse af muskelfunktionen i forbindelse med træningen.

Formålet med de fokuserede spørgsmål er at undersøge om individuelt superviseret bækkenbundstræning tilbudt med eller uden et hjælperedskab kan afhjælpe analinkontinens kvinder med vedvarende analinkontinens efter fødsel.

7.5 Gennemgang af evidensen

I evidens grundlaget indgik 4 randomiserede kontrollerede studier som alle var af lav kvalitet. I litteratursøgningen blev yderligere 19 (20) studier fundet. Disse studier blev ekskluderet fra analysen, da de ikke indeholdte relevante sammenlignelige behandlingsmetoder, eller ikke rapporterede anvendelige data. Oversigt over disse studier med baggrund for eksklusion af de enkelte studier findes som bilag.

To af de 4 inkluderede studier viste en lille men signifikant effekt af bækkenbundstræning^(26,29), mens de resterende studier ikke kunne finde forskel i antal inkontinensepisoder efter individuelt superviseret bækkenbundstræning sammenlignet med ikke individuelt superviseret bækkenbundstræning. Begge studier havde inkluderet en et års opfølgning, som viste fortsat positiv effekt af intervention overfor

kontrolgruppen. De fire studier havde hovedsageligt kvinder inkluderet, men det formodes at effekten af bækkenbundstræning er ens uanset køn.

I det største af de fire studier⁽²⁶⁾ (Norton 2003, n= 171, 159 kvinder) sammenlignede man bækkenbundstræning med og uden biofeedback overfor livsstilsrådgivning uden bækkenbundstræning. Studiet var veldesignet, men havde svagheder vedrørende blinding af behandlere og undersøgere af effekt. Studiet af Heymen 2009⁽²⁹⁾ inkluderede 168 (83 ud af de 108 som modtog bækkenbundstræning var kvinder) og undersøgte effekten af superviseret bækkenbundstræning tilbudt sammen med manometrisk biofeedback versus verbalt instrueret bækkenbundstræning. I studiet fandt man positiv effekt på antal ugentlige inkontinensstilfælde. Studiet var af lav kvalitet, især pga. af store frafald, og havde desuden svagheder omkring inklusions- og randomiseringsforløbet.

Et fransk studie⁽³⁰⁾ med 157 deltagere sammenlignede individuelt superviseret biofeedback med livsstilsrådgivning uden bækkenbundstræning. Studiet fandt ingen forskel i effekt i forhold til antal ugentlige inkontinensepisoder mellem grupperne, men studiet havde et stort frafald i træningsgruppen, og inkomplet rapportering af data for begge grupper.

Et svensk studie⁽³¹⁾, der alene er publiceret som et abstract, randomiserede 65 kvinder til hhv. 2 måneders livsstilsrådgivning eller 4-6 måneders biofeedback træning, hvorefter begge grupper fortsatte med en kombinationsbehandling. Begge grupper havde alene positiv effekt af kombinationsbehandlingen. Data fra studiet er ikke publiceret på en sådan måde, at de kan anvendes i analysen.

Det var ikke muligt ud fra de inkluderede studier at opgøre data på livskvalitet, idet data ikke blev rapporteret på en måde at de kunne analyseres. Vi fandt ingen data vedrørende smerter ved bækkenbundstræning, mens frafald kunne opgøres ud fra 3 studier.

7.6 Summary of Findings-tabel

Individuelt superviseret bækkenbundstræning af mindst 8 ugers varighed (+/- Biofeedback) sammenlignet med ingen superviseret bækkenbundstræning							
Patient eller population: Voksne med analinkontinens							
Intervention: Individuelt superviseret bækkenbundstræning af mindst 8 ugers varighed (+/- Biofeedback)							
Comparator: Ingen superviseret bækkenbundstræning							
Outcome	Absolut effekt (95% CI)*			Relativ effekt (95% CI)	Antal deltagere (studier)	Kvalitet af evidensen (GRADE)	Kommentar
	Ingen superviseret bækkenbundstræning	Individuelt superviseret bækkenbundstræning	Forskel med bækkenbundstræning				
Frafald (Dropout)	200 per 1000	230 per 1000 (114 til 460)	30 flere per 1000 (-86 til 260)	RR 1,15 (0,57 til 2,3)	496 (3 studier) (26,29,30)	(⊕○○○) Meget lav	Risk of bias samt bredt konfindensinterval
Smerter (Pain)							Ingen data
Livskvalitet (Quality of life)							Ikke muligt at lave meta-analyse

Antal daglige inkontinensstilfælde (No. of daily incontinence episodes)	0,7 tilfælde	0,8 tilfælde	0.1 flere med træning (-0,39 til 0,59)	92 (1 studie) ⁽³⁰⁾	(⊕⊕○○) Lav	Kun et studie og der er frafald samt manglende blinding
Antal ugentlige inkontinensstilfælde (No. of weekly incontinence episodes)	1 tilfælde	0 tilfælde	1.0 færre med træning (-1,66 til 0,34)	140 (1 studie) ⁽²⁶⁾	(⊕⊕○○) Lav	Kun et studie og manglende blinding
Antal dage per uge med inkontinens (No. of days per week with incontinence)	1,6 dage	0,83 dage	0,77 færre med træning (-1,48 til -0,06)	93 (1 studie) ⁽²⁹⁾	(⊕○○○) Meget lav	Kun et studie med unclear allokation concealment, manglende blinding, stort frafald
*Baseline-risikoen er baseret på medianen af risiko i kontrolgrupperne i de inkluderede studier. Effekten i interventionsgruppen er baseret på baseline-risikoen og den relative effekt af interventionen.						
CI: Konfidensinterval RR: Relativ risiko						

7.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen

Kvaliteten af evidensen er meget lav. Der er fundet manglende blinding af behandler og patient, problemer med randomiseringsprocedurer, samt inkomplette data. Der kan desuden være tale om indirectness, idet studierne ikke er udført på kvinder lige efter fødsel.

Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter

Bækkenbundstræning er en sikker intervention og skadevirkninger vurderes at være få og milde. Den positive effekt af interventionen vurderes at være større end eventuelle gener.

Patientpræferencer

Det vurderes, at de fleste patienter vil ønske at afprøve interventionen, men nogle patienter vil afstå fra det.

Andre overvejelser

Det bør være specialuddannet sundhedspersonale, som varetager interventionen, og det anbefales, at patientens knibe-

funktion undersøges ved en indvendig undersøgelse i forbindelse med bækkenbundstræningen for at sikre at patienten udfører træningen korrekt.

7.8 Rationale for anbefaling

Da der er fundet en positiv effekt af bækkenbundstræning og der ikke er beskrevet bivirkninger ved behandlingen, bør man overveje at henvise kvinder med analinkontinens opstået efter fødsel til individuelt superviseret bækkenbundstræning.

8 Udredning af fækalinkontinens hos kvinder efter fødsel

8.1 Fokuseret spørgsmål 10

Bør kvinder med vedvarende fækalinkontinens efter fødsel tilbydes endoanal ultralydsundersøgelse?

8.2 Anbefaling

↑ Overvej at henvise kvinder med nyopstået fækalinkontinens efter fødsel til endoanal ultralydsundersøgelse, idet klinisk undersøgelse alene ikke kan detektere anale sphincterskader, og fordi rekonstruktion eller anden kirurgisk behandling kan være et muligt tilbud, såfremt inkontinensen skyldes en anal sphincterdefekt. (⊕○○○)

8.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Mindre end halvdelen af kvinder med fækalinkontinens efter fødsel opsøger selv behandling. Det er derfor vigtigt, at sundhedspersonale, som er i kontakt med kvinder efter en fødsel aktivt spørger ind til disse symptomer.

Såfremt der ved 8 ugers undersøgelse konstateres fækalinkontinens skal kvinden henvises til nærmeste center, som både kan foretage endoanal ultralydsundersøgelse samt varetage den videre behandling. Udredning og behandling af kvinder med fækalinkontinens efter fødsel, er en højt specialiseret funktion.

Det er således specialeplanen i den pågældende region, der vil være afgørende for, hvem der står for udredning og behandling.

8.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Incidensen for erkendt obstetrisk anal sphincter ruptur (OASIS) årligt i Danmark ligger på 3,6%^(32,33). Risikoen for OASIS er størst blandt førstegangsfødende kvinder, men mors alder (> 35 år), barnets vægt (> 4000 gr), manglende overblik over mellemkødet under fødslen, uregelmæssig hovedstilling, instrumentel forløsning og forlænget presseperiode er fundet at øge risikoen for OASIS⁽³²⁾ (DSOG guideline).

Oftest diagnosticeres OASIS ved fødslen, men det er beskrevet at skaderne kan overses eller fejl-diagnosticeres, så kvinden reelt har en "okkult sphincter ruptur". Betydningen af disse okkulte OASIS er usikker, da hovedparten af disse skader er mindre skader set ved en ultralydsscanning hos kvinder uden symptomer.

Der findes ikke danske tal på, hvor mange kvinder, som har en okkult OASIS. Et internationalt systematisk review fra 2007 fandt ud fra 19 studier en incidens på 29,2%⁽³⁴⁾, og selvom det synes højt, må man må formode, at danske tal ligger på samme niveau. Hver tredje kvinde som pådrager sig en OASIS vil udvikle analinkontinens i en eller anden grad, ligesom kvinder uden OASIS kan have analinkontinens efter en fødsel. Det er relevant at udsørge alle kvinder, som har født vaginalt om symptomer på analinkontinens⁽³⁵⁾.

OASIS er i et stort systematisk review fundet at udgøre den største risiko for udvikling af fækalinkontinens efter fødsel⁽³⁶⁾, og blandt kvinder som udviklede fækalinkontinens senere i livet, fandt man at 71% havde defekter i deres anale sphinter⁽³⁵⁾.

Danske kvinder tilbydes en 8 ugers opfølgning efter fødslen hos praktiserende læge. Hvis udenlandske tal kan overføres til danske forhold, vil omkring 4% af de vaginalt fødende kvinder rapportere fækalinkontinens efter fødslen⁽³⁷⁾, og der vil være en signifikant sammenhæng mellem dette og OASIS⁽³⁶⁾.

Spørgsmålet er om en digital undersøgelse af anal sphincter (rektal eksploration) kan afdække mulige anal sphincterskader hos disse kvinder eller om kvinder med nyopstået fækalinkontinensen efter vaginal fødsel bør henvises til specialiseret udredning mhp. Endoanal ultralydsscanning.

8.5 Gennemgang af evidensen

Der indgik to studier i evidensgrundlaget. Begge studier sammenlignede digital rektal undersøgelse med endoanal ultralydsscanning.

I det ene studie⁽³⁸⁾ indgik 312 deltagere (90% kvinder, middel alder 59 år). Studiet var en del af et større prospektivt studie, hvor man undersøgte effekten af bækkenbundstræning til patienter med fækalinkontinens. Studiet viste både lav sensitivitet og specificitet for digital rektal undersøgelse ved anal lukkemuskelfekter på < 150 grader sammenlignet med endoanal ultralyd, mens det var muligt at klassificere store defekter (totale rupturer) 100% korrekt.

I det andet studie⁽³⁹⁾ indgik alene kvinder (n= 74, median alder 58 år). Studiet var retrospektivt, og man gennemgik journaler på patienter med fækalinkontinens, som var blevet ultralydsscannet efter en digital rektal undersøgelse. Studiet viste god sensitivitet, men lav specificitet for digital rektal undersøgelse sammenlignet med endoanal ultralyd.

Begge inkluderede studier vurderes til at være af lav kvalitet pga manglende blinding af undersøgere.

Det var ikke muligt at beregne en samlet sensitivitet og specificitet på baggrund af resultaterne fra de to studier grundet stor heterogenitet.

To studier blev ekskluderet i analysen, da undersøgelserne omhandlede anvendelsen af ultralyd i den primære diagnostik af OASIS umiddelbart efter fødsel mhp. at forebygge okkulte OASIS og på længere sigt fækalinkontinens^(40,41).

8.6 Summary of Findings-tabel

Ultralydsundersøgelse sammenlignet med klinisk undersøgelse				
Patient eller population: Kvinder med fækalinkontinens opstået efter fødsel uden kendt ruptur af anal lukkemuskel (m. sphincter ani)				
Intervention: Ultralydsundersøgelse				
Kontrol: Klinisk undersøgelse				
Outcome		Antal deltagere (studier), opfølgning	Kvalitet af evidensen (GRADE)	Kommentar
Sensitivitet (<i>Sensitivity</i>)	Spændvidde fra 44% til 87%	386 (2 studier) ^(38,39)	(⊕○○○) Meget lav	Ublindede studier, med meget stor forskel i resultat. Ikke muligt at gennemsnitlig beregne sensitivitet ud fra data
Specificitet (<i>Specificity</i>)	Spændvidde fra 30% to 79%	386 (2 studier) ^(38,39)	(⊕○○○) Meget lav	Ublindede studier, med meget stor forskel i resultat. Ikke muligt at beregne gennemsnitlige sensitivitet ud fra data

8.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	De fundne to studier er af meget lav kvalitet med svagheder især vedr. manglende blinding af undersøgere. Den samlede kvalitet af evidensen er derfor meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Fordelen ved endoanal ultralydsundersøgelse er, at det er en hurtig og meget lidt invasiv undersøgelse med høj sensitivitet og specificitet. Undersøgelsen er risikofri og medfører ikke større ubehag. Ulempen ved undersøgelsen er at den kræver henvisning til specialafdeling.
Patientpræferencer	Kvinder med nyopstået fækalinkontinens efter vaginal fødsel vil sandsynligvis ønske en endoanal ultralydsundersøgelse mhp. størst diagnostisk sikkerhed for årsagen til deres fækalinkontinens.
Andre overvejelser	Selvom endoanal ultralydsundersøgelse er en mindre undersøgelse, kræver udførelse og tolkning af undersøgelsen specialiseret personale. Der må påregnes

ressourcer til uddannelse af personale i denne type specialiseret ultralydsscanning.

8.8 Rationale for anbefaling

I de to inkluderede studier har man fundet, at digital rektal undersøgelse i bedste fald kan finde mellem 82-87% af anal sphincterdefekter⁽³⁹⁾ og i værste fald knap 40% af defekterne, sammenlignet med endoanal ultralydsscanning⁽³⁸⁾. Rektal eksplorationen har størst diagnostisk sikkerhed ved større defekter.

I begge studier er undersøgelse foretaget af klinikere tilknyttet en specialafdeling, og man kan forestille sig at mindre erfarne undersøgere vil opnå dårligere resultater.

Vil man undersøge om skade på anal sphincter kan være den tilgrundliggende årsag til fækalinkontinens efter en fødsel, bør kvinden derfor henvises til endoanal ultralydsundersøgelse på en specialafdeling.

9 Referenceliste

- (1) Bliss DZ, Jung HJ, Savik K, Lowry A, LeMoine M, Jensen L, et al. Supplementation with dietary fiber improves fecal incontinence. *Nurs Res* 2001 Jul-Aug;50:203-213.
- (2) Bliss DZ, Savik K, Jung HJ, Whitebird R, Lowry A. 3400503; Symptoms associated with dietary fiber supplementation over time in individuals with fecal incontinence. *Nurs Res* 2011;60:S58-67.
- (3) Read M, Read NW, Barber DC, Duthie HL. Effects of loperamide on anal sphincter function in patients complaining of chronic diarrhea with fecal incontinence and urgency. *Dig Dis Sci* 1982;27:807-814.
- (4) Cann PA, Read NW, Holdsworth CD, Barends D. Role of loperamide and placebo in management of irritable bowel syndrome (IBS). *Dig Dis Sci* 1984;29:239-247.
- (5) Sun WM, Read NW, Verlinden M. Effects of loperamide oxide on gastrointestinal transit time and anorectal function in patients with chronic diarrhoea and faecal incontinence. *Scand J Gastroenterol* 1997;32:34-38.
- (6) Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Birder L, Bliss D, Brubaker L, et al. Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. 5th International Consultation on Incontinence. Paris, France: ICDUDEAU, 2013. p. 1913.
- (7) Gattuso JM, Kamm MA. Adverse effects of drugs used in the management of constipation and diarrhoea. *Drug Saf* 1994;10:47-65.
- (8) Omar MI, Alexander CE. Drug treatment for faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;6:CD002116.
- (9) Markland AD, Richter HE, Burgio KL, Bragg C, Hernandez AL, Subak LL. Fecal incontinence in obese women with urinary incontinence: prevalence and role of dietary fiber intake. *Obstet Gynecol* 2009;200:566 e1-6.
- (10) Hallgren T, Fasth S, Delbro DS, Nordgren S, Oresland T, Hulten L. Loperamide improves anal sphincter function and continence after restorative proctocolectomy. *Dig Dis Sci* 1994;39(12):2612-2618.
- (11) Lauti M, Scott D, Thompson-Fawcett MW. Fibre supplementation in addition to loperamide for faecal incontinence in adults: a randomized trial. *Colorectal Dis* 2008;10(6):553-562.
- (12) Markland AD. Fiber or Imodium Prescription (Rx) Management for Bowel Incontinence. *Fiber or Imodium Prescription (Rx) Management for Bowel Incontinence: The FIRM Randomized Clinical Trial Gastroenterology* 2014;146(5):S154-S155.

- (13) Kalantar JS, Howell S, Talley NJ. Prevalence of faecal incontinence and associated risk factors; an underdiagnosed problem in the Australian community? *Med J Aust* 2002;176:54-57.
- (14) Bharucha AE, Seide BM, Zinsmeister AR, Melton LJ, 3. 2536490; Relation of bowel habits to fecal incontinence in women. *Am J Gastroenterol* 2008 Jun;103:1470-1475.
- (15) Damon H, Guye O, Seigneurin A, Long F, Sonko A, Faucheron JL, et al. Prevalence of anal incontinence in adults and impact on quality-of-life. *Gastroenterol Clin Biol* 2006;30:37-43.
- (16) Nelson RL. Epidemiology of fecal incontinence. *Gastroenterology* 2004;126:S3-7.
- (17) Ryan D, Wilson A, Muir TS, Judge TG. The reduction of faecal incontinence by the use of "Duphalac" in geriatric patients. *Curr Med Res Opin* 1974;2:329-333.
- (18) Chassagne P, Jegou A, Gloc P, Capet C, Trivalle C, Doucet J, et al. Does treatment of constipation improve faecal incontinence in institutionalized elderly patients? *Age Ageing* 2000;29(2):159-164.
- (19) Tod AM, Stringer E, Levery C, Dean J, Brown J. Rectal irrigation in the management of functional bowel disorders: a review. *Br J Nurs* 2007;16:858-864.
- (20) Christensen P, Krogh K. Transanal irrigation for disordered defecation: a systematic review. *Scand J Gastroenterol* 2010 May;45:517-527.
- (21) Otto SD, Clewing JM, Grone J, Buhr HJ, Kroesen AJ. Repeatability of anorectal manometry in healthy volunteers and patients. *J Surg Res* 2013;185:e85-92.
- (22) Lam TJ, Kuik DJ, Felt-Bersma R. Anorectal function evaluation and predictive factors for faecal incontinence in 600 patients. *Colorectal Dis* 2012;14:214-223.
- (23) Telford KJ, Ali AS, Lymer K, Hosker GL, Kiff ES, Hill J. Fatigability of the external anal sphincter in anal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2004;47:746-52; discussion 752.
- (24) Moen MD, Noone MB, Vassallo BJ, Elser DM. Pelvic floor muscle function in women presenting with pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20:843-846.
- (25) Norton C, Cody JD. Biofeedback and/or sphincter exercises for the treatment of faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;7:CD002111.
- (26) Norton C, Chelvanayagam S, Wilson-Barnett J, Redfern S, Kamm MA. Randomized controlled trial of biofeedback for fecal incontinence. *Gastroenterology* 2003 Nov;125:1320-1329.

- (27) Solomon MJ, Pager CK, Rex J, Roberts R, Manning J. Randomized, controlled trial of biofeedback with anal manometry, transanal ultrasound, or pelvic floor retraining with digital guidance alone in the treatment of mild to moderate fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2003;46:703-710.
- (28) Bols E, Berghmans B, De Bie R, Govaert B, Van Wunnik B, Heymans M, et al. Rectal balloon training as add-on therapy to pelvic floor muscle training in adults with fecal incontinence: A randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn* 2012;31(1):132-138.
- (29) Heymen S, Scarlett Y, Jones K, Ringel Y, Drossman D, Whitehead WE. Randomized controlled trial shows biofeedback to be superior to pelvic floor exercises for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2009;52(10):1730-1737.
- (30) Damon H, Siproudhis L, Faucheron J-, Piche T, Abramowitz L, Eleouet M, et al. Perineal retraining improves conservative treatment for faecal incontinence: A multicentre randomized study. *Digestive and Liver Disease* 2014;46(3):237-242.
- (31) Johansson E, Walter S, Ingemansson A, Ryn A-, Hallbook O. Randomized trial of biofeedback or medical treatment for fecal incontinence. *Neurogastroenterology and Motility* 2012;24:183.
- (32) DSOG. Sphincterruptur ved vaginal fødsel: behandling og opfølgning (guideline). : [Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi], 2011. 47 s.
- (33) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for svangreomsorgen. København: Sundhedsstyrelsen, 2009.
- (34) Johnson JK, Lindow SW, Duthie GS. The prevalence of occult obstetric anal sphincter injury following childbirth--literature review. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2007;20:547-554.
- (35) Oberwalder M, Dinnewitzer A, Baig MK, Thaler K, Cotman K, Nogueras JJ, et al. The association between late-onset fecal incontinence and obstetric anal sphincter defects. *Arch Surg* 2004;139:429-432.
- (36) Bols EM, Hendriks EJ, Berghmans BC, Baeten CG, Nijhuis JG, de Bie RA. A systematic review of etiological factors for postpartum fecal incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010 Mar;89:302-314.
- (37) MacArthur C, Bick DE, Keighley MR. Faecal incontinence after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:46-50.
- (38) Dobben AC, Terra MP, Deutekom M, Gerhards MF, Bijnen AB, Felt-Bersma RJ, et al. Anal inspection and digital rectal examination compared to anorectal physiology tests and endoanal ultrasonography in evaluating fecal incontinence. *Int J Colorectal Dis* 2007;22(7):783-790.
- (39) Jeppson PC, Paraiso MFR, Jelovsek JE, Barber MD. Accuracy of the digital anal examination in women with fecal incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2012;23(6):765-768.

- (40) Faltin DL, Boulvain M, Irion O, Bretones S, Stan C, Weil A. Diagnosis of anal sphincter tears by postpartum endosonography to predict fecal incontinence. *Obstet Gynecol* 2000;95(5):643-647.
- (41) Faltin DL, Boulvain M, Floris LA, Irion O. Diagnosis of anal sphincter tears to prevent fecal incontinence: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2005;106(1):6-13.
- (42) Macmillan AK, Merrie AE, Marshall RJ, Parry BR. The prevalence of fecal incontinence in community-dwelling adults: a systematic review of the literature. *Dis Colon Rectum* 2004;47(8):1341-1349.
- (43) Whitehead WE, Borrud L, Goode PS, Meikle S, Mueller ER, Tuteja A, et al. 2748224; Fecal incontinence in US adults: epidemiology and risk factors. *Gastroenterology* 2009;137:512-7, 517 e1-2.
- (44) Teunissen TA, van dB, van dH, Lagro-Janssen A. Prevalence of urinary, fecal and double incontinence in the elderly living at home. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004;15:10-3; discussion 13.
- (45) Nelson RL. Epidemiology of fecal incontinence. *Gastroenterology* 2004;126:S3-7.
- (46) MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG* 2000;107(12):1460-1470.
- (47) AlAmeel T, Andrew MK, MacKnight C. The association of fecal incontinence with institutionalization and mortality in older adults. *Am J Gastroenterol* 2010;105:1830-1834.
- (48) Hughes BT, Chepyala P, Hendon S, Crowell MD, Olden KW. Fecal incontinence in an inpatient population: a not uncommon finding. *Dig Dis Sci* 2009;54:2215-2219.
- (49) Sliker-Ten Hove MC, Pool-Goudzwaard A, Eijkemans MJ, Steegers-Theunissen R, Burger CW, Vierhout ME. Prevalence of double incontinence, risks and influence on quality of life in a general female population. *Neurourol Urodyn* 2010;29(4):545-550.
- (50) Stenzelius K, Mattiasson A, Hallberg IR, Westergren A. Symptoms of urinary and faecal incontinence among men and women 75+ in relations to health complaints and quality of life. *Neurourol Urodyn* 2004;23:211-222.
- (51) Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993;36:77-97.
- (52) Vaizey CJ, Carapeti E, Cahill JA, Kamm MA. 1760067; Prospective comparison of faecal incontinence grading systems. *Gut* 1999;44:77-80.

(53) Haylen BT d,Ridder D. An International Urogynecological Association (IU-GA)/International Continence Society (ICS) Joint Report on the terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction. *Neurourol Urodyn* 2009;29:4-20.

10 Bilag

Bilag 1:	Baggrund
Bilag 2:	Implementering
Bilag 3:	Monitorering
Bilag 4:	Opdatering og videre forskning
Bilag 5:	Beskrivelse af anvendt metode
Bilag 6:	Fokuserede spørgsmål på PICO-form
Bilag 7:	Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer
Bilag 8:	Søgestrategi, inkl. flow chart
Bilag 9:	Evidensvurderinger
Bilag 10:	Arbejdsgruppen og referencegruppen
Bilag 11:	Forkortelser og begreber

Bilag 1: Baggrund

I det følgende præsenteres baggrunden for den nationale kliniske retningslinje for analinkontinens hos voksne.

Analinkontinens defineres som manglende evne til at holde på luft eller afføring. Fækalinkontinens defineres som manglende evne til at holde på afføring⁽⁶⁾. Tidligere anvendte man alene definitionen fækalinkontinens, men i nyere internationale standardiseringsrapporter skelner man nu mellem fækalinkontinens, og analinkontinens.

I indeværende kliniske retningslinje bruges betegnelsen fækalinkontinens, når der alene tales om inkontinens for afføring, og analinkontinens, når der både menes inkontinens for flatus og afføring. Et hyppigt symptom i forbindelse med analinkontinens er urgency for afføring, som kan være med eller uden fækalinkontinens.

Prævalensen af analinkontinens blandt voksne i Danmark er ukendt, men det formodes, at den er på niveau med andre vestlige lande. Internationale tal viser, at mellem 2-24 % af den voksne befolkning oplever, at de ikke kan holde på luft eller afføring^(6,42).

I et studie af Whitehead fra 2009 fandt man en prævalens for fækalinkontinens på 8,3% for hjemmeboende borgere uanset køn, og man fandt ligeledes, at prævalensen steg markant med alderen. Således var forekomsten blandt unge under 30 år på 2,9%, mens den hos ældre hjemmeboende borgere over 70 år var steget til 15,3%. Man fandt samtidig at 20-24% oplevede daglig inkontinens for tarmluft⁽⁴³⁾.

Hollandske tal har vist, at 6 % af hjemmeboende borgere over 60 år har fækalinkontinens⁽⁴⁴⁾, mens det er fundet at op mod halvdelen af plejehjemsbeboere har fækalinkontinens^(6,45). Man kan umiddelbart forestille sig, at prævalensen for analinkontinens er højere for kvinder end for mænd pga børnefødsler, men der er i studier ikke fundet den store kønsforskel^(43,46).

Antallet af ældre borgere over 65 år er ifølge Ældresagen (Ældresagens hjemmeside) steget fra 15,5 % i 1993 til 17,8 % i 2013. På trods af, at størstedelen af disse borgere er selvhjulpne, må man formode at analinkontinens er forbundet med begrænsning i fysisk og social aktivitet, ligesom tilstanden er psykisk belastende for mange (ICI p 1471). For denne gruppe borgere vil nemme og simple behandlinger og tiltag være at foretrække, således at borgeren kan forblive uafhængig.

Ubehandlet fækalinkontinens øger sammen med nedsat kognitiv funktion og nedsat fysisk funktion risikoen for at blive plejehjemsbeboer fremfor at kunne blive i eget hjem⁽⁴⁷⁾. Analinkontinens øger desuden risikoen for social isolation, idet analinkontinens er belagt med et voldsomt tabu. Man regner således med, at færre end hver tredje søger hjælp for deres problemer med analinkontinens^(13,37).

Det har ligeledes vist sig, at det ikke kun er patienterne, som ikke vil tale om deres inkontinens, men at sundhedspersonale undlader at spørge til problemet^(13,48). Det er derfor vigtigt at sundhedspersonale spørger til problemer med analinkontinens, og man bør være opmærksom på, at hyppigheden er lige høj hos mænd og kvinder, men at der tilsyneladende er flere kvinder end mænd som søger hjælp.

Patienten med analinkontinens bør af sin praktiserende læge som minimum udspørges om varigheden og hyppigheden af analinkontinensen, ændringer i afføringsmønster eller blod i afføringen, forstoppelse eller besværet tarmtømning, tidlige anal- eller rektalkirurgi, samt for kvinders vedkommende også om fødselsforløb med speciel fokus på evt. bristninger af perineum.

På trods af at urgency for afføring ikke altid medfører inkontinens, kan dette være lige så invaliderende for patienten som reel fækalinkontinens, og der bør også spørges til dette. Der bør tillige spørges til samtidig urininkontinens, da dobbelinkontinens forekommer hyppigt^(49,50).

Egen læge bør tænke på kolorektalcancer og henvise til specialiseret udredning i henhold til retningslinjernes for dette. Som minimum bør der foretages rektal eksploration for at vurdere anal sphincters knibefunktion. Der findes spørgeskemaer og scorer som med fordel kan anvendes i udredningen og i evalueringen af et behandlingstiltag^(51,52).

Bilag 2: Implementering

Der bør rettes en særlig implementeringsindsats overfor det sundhedsfaglige personale i primærsektoren, som tilser borgere og patienter, som er i risikogruppen for at udvikle analinkontinens. Der tænkes her på fx kommunale hjemmesygeplejersker, alment praktiserende læger, fysioterapeuter, plejehjemspersonale, m.v.

Bilag 3: Monitorering

Det er vanskeligt at identificere indikatorer for analinkontinens hos voksne, idet der foreligger få velegnede data på området. Det foreslås derfor, at ICP koden D17 anvendes til at følge udviklingen i antallet af personer, som diagnosticeres for analinkontinens i almen praksis. Disse data kan evt. sammenlignes med udviklingen i antal hypertension tilfælde.

Bilag 4: Opdatering og videre forskning

Opdatering

Som udgangspunkt bør retningslinjen opdateres senest 3 år efter udgivelsestidspunktet (januar 2015) med mindre ny evidens eller den teknologiske udvikling på området tilsiger andet.

Videre forskning

Litteraturgennemgangen ved udviklingen af indeværende retningslinje har vist, at konservativ behandling til afhjælpning af analinkontinens er sparsomt belyst.

Der er behov for større veldefinerede randomiserede kontrollerede studier, der undersøger effekten af simple tiltag såsom brug af psyllium-frøskaller eller loperamid til behandling af fækalinkontinens. Studierne bør have adekvat behandlingstid og follow-up.

Der er et stort behov for at undersøge effekten af simple tiltag hos plejehjemsboere med fækalinkontinens.

For med større sikkerhed at afgøre effekten af bækkenbundstræning, er der behov for større veldefinerede randomiserede kontrollerede studier, der undersøger effekten af bækkenbundstræning og eller biofeedback mod en ægte kontrolgruppe fremfor udelukkende at sammenligne forskellige træningsmodaliteter mod hinanden. Særligt er der behov for studier der undersøger effekten af bækkenbundstræning og/eller biofeedback til behandling af analinkontinens opstået efter fødsel. Fremtidige studier bør anvende anbefalingerne fra CONSORT retningslinjerne, når studierne designes og rapporteres, og der bør benyttes relevante og valide effektmål.

Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode

For en uddybet beskrivelse af metoden henvises til Sundhedsstyrelsens NKR-metodeguide.

Følg følgende link: <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/nationale-kliniske-retningslinjer/metode/metodehaandbog>

Bilag 6: Fokuserede spørgsmål

Outcomes er angivet som vigtigt (V) eller kritisk (K)

Fokuseret spørgsmål 1 – Bør man bruge psyllium-frøskaller eller stoppende medicin (loperamid) til at afhjælpe analinkontinens hos ældre hjemmeboende borgere?

Population: Ældre hjemmeboende borgere med analinkontinens

Intervention: Psyllium-frøskaller

Sammenligning: Loperamid

Outcome: Livskvalitet (K), Inkontinensstilfælde (K), Forstoppelse (V), Mavesmerter (V), Ophør med behandling pga bivirkninger (V)

Fokuseret spørgsmål 2 - Bør man bruge psyllium-frøskaller eller stoppende medicin(loperamid) ved kronisk diarré udløst analinkontinens?

Population: Voksne med kronisk diarré medførende analinkontinens, hvor anden årsag til diarré er udelukket (idiopatisk)

Intervention: Psyllium-frøskaller

Sammenligning: Loperamid

Outcome: Livskvalitet (K), Inkontinensstilfælde (K), Forstoppelse (V), Mavesmerter (V), Ophør med behandling pga bivirkninger (V)

Fokuseret spørgsmål 3 - Bør man anvende psyllium-frøskaller eller stoppende medicin (loperamid) ved analinkontinens efter kirurgi for rectum cancer?

Population: Patienter, som er analinkontinente efter kirurgi for rectum cancer og hvor recidiv er udelukket

Intervention: Psyllium-frøskaller

Sammenligning: Loperamid

Outcome: Livskvalitet (K), Inkontinensstilfælde (K), Forstoppelse (V), Mavesmerter (V), Ophør med behandling pga bivirkninger (V)

Fokuseret spørgsmål 4- Bør man anvende psyllium-frøskaller eller stoppende medicin ved analinkontinens opstået efter anal kirurgi for benigne sygdomme?

Population: Patienter som er analinkontinente efter analkirurgi for benigne sygdomme

Intervention: Psyllium-frøskaller

Sammenligning: Loperamid

Outcome: Livskvalitet (K), Inkontinensstilfælde (K), Forstoppelse (V), Mavesmerter (V), Ophør med behandling pga bivirkninger (V)

Fokuseret spørgsmål 5 - Bør man anvende psyllium-frøskaller eller stoppende medicin ved analinkontinens efter strålebehandling af abdomen eller genitalia?

Population: Patienter som er analinkontinente efter strålebehandling af abdomen eller genitalia

Intervention: Psyllium-frøskaller

Sammenligning: Loperamid

Outcome: Livskvalitet (K), Inkontinensstilfælde (K), Forstoppelse (V), Mavesmerter (V), Ophør med behandling pga bivirkninger (V)

Fokuseret spørgsmål 6 – Bør man bruge psyllium-frøskaller eller laksantia til at afhjælpe analinkontinens hos kronisk forstoppede med samtidig analinkontinens?

Population: Kronisk forstoppede voksne med samtidig analinkontinens (Rome III)

Intervention: Psyllium-frøskaller

Sammenligning: Laksantia (peroral)

Outcome: Livskvalitet (K), Inkontinensstilfælde (K), Forstoppelse (V), Mavesmerter (V), Ophør med behandling pga bivirkninger (V)

Fokuseret spørgsmål 7 – Kan analtømning afhjælpe fækalinkontinens hos plejehjemsbeboere, hvor anden behandling ikke har haft tilstrækkelig effekt?

Population: Plejehjemsbeboere med afføringsinkontinens, hvor anden behandling ikke har haft tilstrækkelig effekt

Intervention: Regelmæssig analtømning >1 gang ugentligt

Sammenligning: Ingen analtømning

Outcome: Livskvalitet (K), Inkontinensstilfælde (K), Forekomst af hudgener (bledermatit) (V), Antal cystittilfælde (V), Smerter ved analtømning (V), Ophør med behandling pga bivirkninger (V)

Fokuseret spørgsmål 8 – Kan individuelt superviseret bækkenbundstræning afhjælpe analinkontinens hos voksne?

Population: Voksne med analinkontinens

Intervention: Individuelt superviseret bækkenbundstræning af mindst 8 ugers varighed (+/-Biofeedback)

Sammenligning: Ingen bækkensbundstræning

Outcome: Livskvalitet (K), Inkontinensstilfælde (K), Smerter (V), Frafald (V)

Fokuseret spørgsmål 9 – Kan individuelt superviseret bækkenbundstræning afhjælpe analinkontinens hos kvinder med vedvarende analinkontinens efter fødsel?

Population: Kvinder med analinkontinens efter fødsel

Intervention: Individuelt superviseret bækkenbundstræning af mindst 8 ugers varighed (+/-Biofeedback)

Sammenligning: Ingen bækkensbundstræning

Outcome: Livskvalitet (K), Inkontinensstilfælde (K), Smerter (V), Frafald (V)

Fokuseret spørgsmål 10 - Bør kvinder med vedvarende fækalinkontinens efter fødsel tilbydes endoanal ultralydsundersøgelse?

Population: Kvinder med fækalinkontinens opstået efter fødsel uden kendt ruptur af anallukkemuskel (m. sphincter ani)

Intervention/indextest: Klinisk undersøgelse kombineret med ultralydsscanning

Sammenligning/referencestandard: Klinisk undersøgelse

Outcome: Diagnostisk accuracy: sensitivitet, specificitet, raten af falsk positive, raten af falsk negative

Bilag 7: Beskrivelse af anbefalinger- nes styrke og implikationer

De fire typer af anbefalinger til evidensbaserede anbefalinger

En anbefaling kan enten være for eller imod en given intervention. En anbefaling kan enten være stærk eller svag/betinget. Der er således følgende fire typer af anbefalinger:

Stærk anbefaling for ↑↑
Giv/brug/ansvend...

Sundhedsstyrelsen anvender en stærk anbefaling for, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede fordele ved interventionen er klart større end ulemperne.

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling for:

- Evidens af høj kvalitet
- Stor tilsigtet effekt og ingen eller få utilsigtede skadevirkninger ved interventionen
- Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartede til fordel for interventionen

Implikationer:

- De fleste patienter vil ønske interventionen.
- Langt de fleste klinikere vil ordinere interventionen.

Svag/betinget anbefaling for ↑
Overvej at...

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling for interventionen, når vi vurderer, at fordelene ved interventionen er marginalt større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved en eksisterende praksis, samtidig med at det vurderes, at skadevirkningerne er få eller fraværende.

Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling for:

- Evidens af lav kvalitet
- Den tilsigtede effekt ved interventionen vurderes at være marginalt større end de utilsigtede skadevirkninger
- Patienternes præferencer og værdier varierer væsentligt eller er ukendte

Implikationer:

- De fleste patienter vil ønske interventionen, men en væsentlig del vil også afstå fra den

- Klinikerne vil skulle hjælpe patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer

Svag/betinget anbefaling imod ↓

Anvend kun ... efter nøje overvejelse, da den gavnlige effekt er usikker og/eller lille, og der er dokumenterede skadevirkninger såsom ...

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når vi vurderer, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, men hvor dette ikke er underbygget af stærk evidens. Vi anvender også denne anbefaling, hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre.

Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling imod:

- Evidens af lav kvalitet
- Usikker effekt ved interventionen
- Usikre skadevirkninger ved interventionen
- De utilsigtede skadevirkninger ved interventionen vurderes at være marginalt større end den utilsigtede effekt
- Patienternes præferencer og værdier varierer væsentligt eller er ukendte

Implikationer:

- De fleste patienter vil afstå fra interventionen, men en del vil ønske den
- Klinikerne vil skulle hjælpe patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

Stærk anbefaling imod ↓↓

Giv ikke/brug ikke/anvend ikke/undlad at...

Sundhedsstyrelsen anvender en stærk anbefaling imod, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede ulemper ved interventionen er klart større end fordelene. Vi vil også anvende en stærk anbefaling imod, når gennemgangen af evidensen viser, at en intervention med stor sikkerhed er nyttesløs.

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling imod:

- Evidens af høj kvalitet
- Den utilsigtede effekt af interventionen er lav
- Visse eller betydelige utilsigtede skadevirkninger ved interventionen
- Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartede imod interventionen

Implikationer:

- De fleste patienter vil ikke ønske interventionen.
- Klinikere vil typisk ikke ordinere interventionen

De to typer af anbefalinger til god praksis anbefalinger

God praksis ✓

For:

Det er god praksis at...

Imod:

Det er ikke god praksis at...

Det er ikke god praksis rutinemæssigt at...

Det er god praksis at undlade at...

Det er god praksis at undlade rutinemæssigt at...

God praksis, som bygger på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. En anbefaling om god praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens. Derfor er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de er stærke eller svage.

Bilag 8: Søgebeskrivelse, inkl. flow chart

Til denne kliniske retningslinje er søgningerne foretaget i en defineret gruppe databaser, der er udvalgt til søgning efter nationale kliniske retningslinjer, nærmere beskrevet i Metodehåndbogen. Søgningerne er foretaget af Jens Peter Andersen i samarbejde med fagkonsulent Ulla Due. Søgeprotokoller med søgestrategierne for de enkelte databaser vil være tilgængelige via SST.dk

Indledende søgning efter kliniske retningslinjer er foretaget i følgende informationskilder: Guidelines International Network (G-I-N), NICE (UK), National Guideline Clearinghouse, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), HTA database, The Cochrane Library, SBU (Sverige), Socialstyrelsen (Sverige), Helsedirektoratet (Norge), Kunnskapssenteret (Norge), Medline, Embase og Cinahl.

Søgningerne er foretaget i perioden 8. januar - 14. maj 2014, fordelt på tre omgange. Den første del af søgninger er en international søgning på guidelines og medicinske teknologivurderinger (MTV). I de øvrige omgange er der søgt mere specifikt med udgangspunkt i de fokuserede spørgsmål (PICO). I anden søgerunde er der fremfundet sekundærlitteratur (systematiske reviews og metaanalyser) der i sidste søgerunde er suppleret med opfølgende primærlitteratur.

Ved medikamenter er søgt alle tilgængelige synonymer og handelsnavne i Embase og Medline. For øvrige kontrollerede søgetermer er fritekst synonymer (f.eks. MeSH entry terms) også søgt.

Søgetermer

Engelsk: anal incontinence, fecal/faecal incontinence, anus incontinence, faeces/faeces incontinence, bowel incontinence, incontinentia alvi, stool incontinence, rectal/rectum incontinence, isapagula, loperamide, psyllium, laxatives, constipation, enema, pelvis floor, kinesiotherapy, pelvic floor muscle training, feedback system, biofeedback

Dansk: anal inkontinens, fekal inkontinens

Norsk: anal inkontinens, fekal inkontinens, inkontinens

Svensk: avföringsinkontinens, analinkontinens, fekalinkontinens

Inklusionskriterier

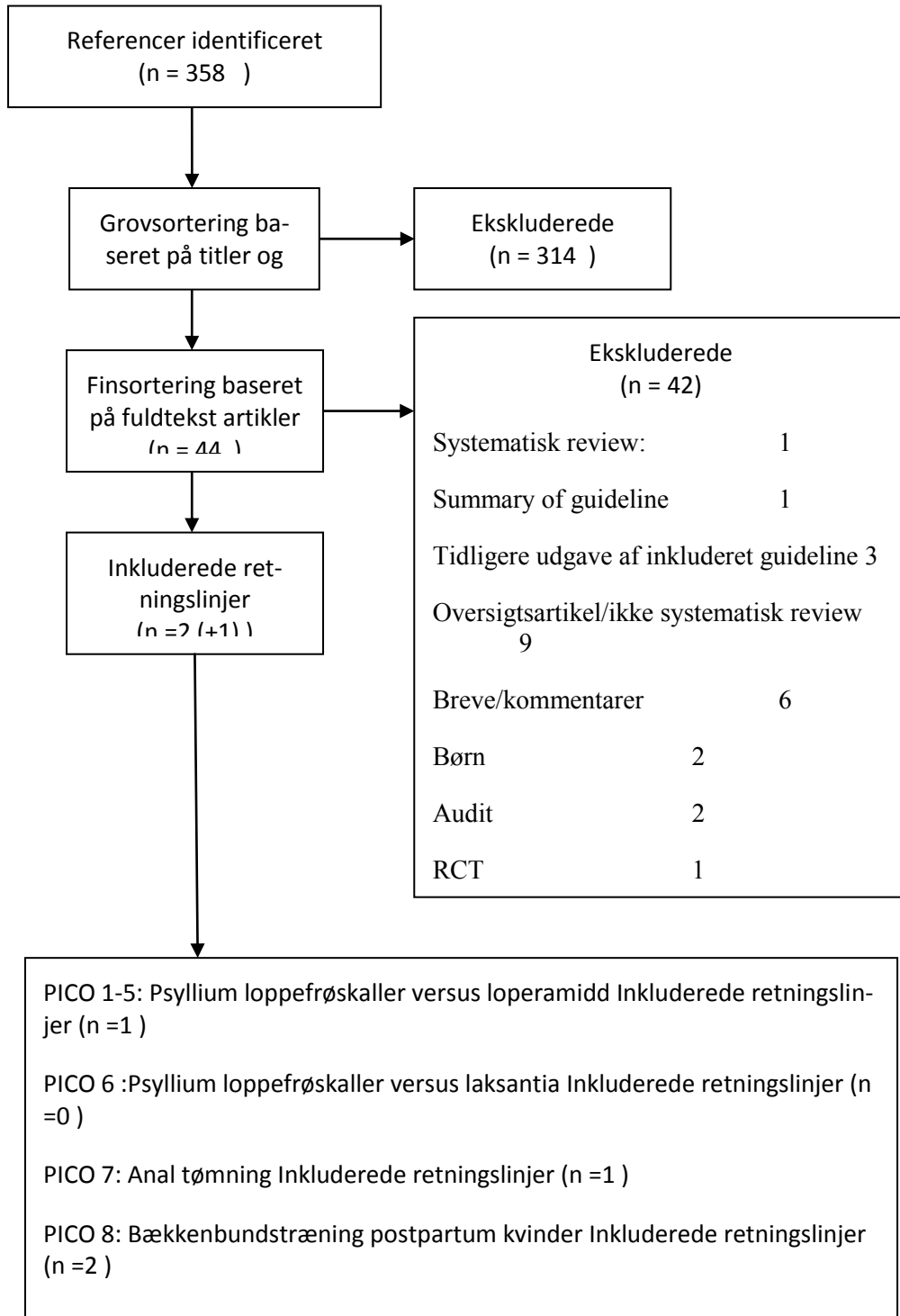
Publikationsår: De sidste 10 år (2003 – maj 2014).

Sprog: Engelsk, dansk, norsk og svensk

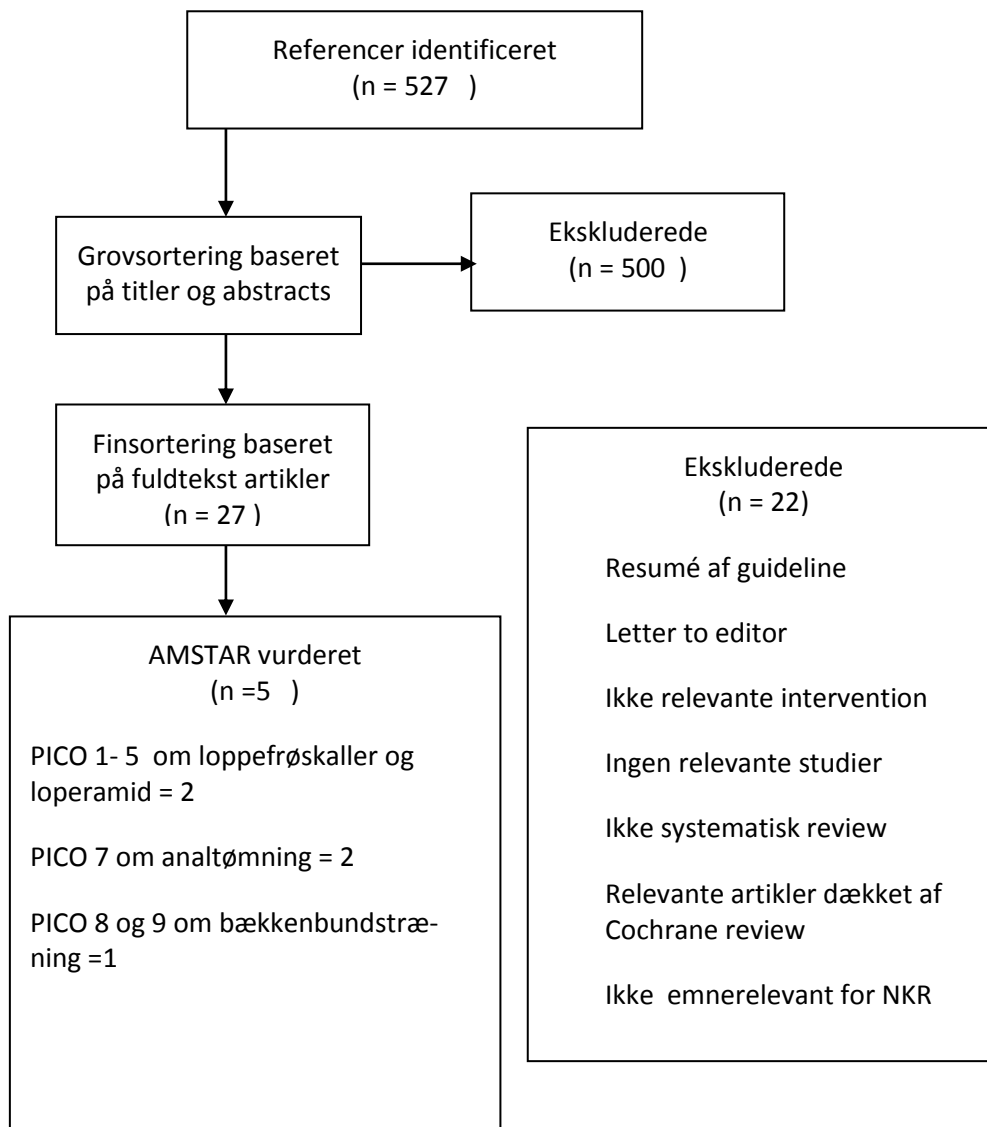
Dokumenttyper: guidelines, clinical guidelines, HTA, meta-analyser, systematiske reviews, RCT

Flowcharts

Søgning efter kliniske retningslinjer

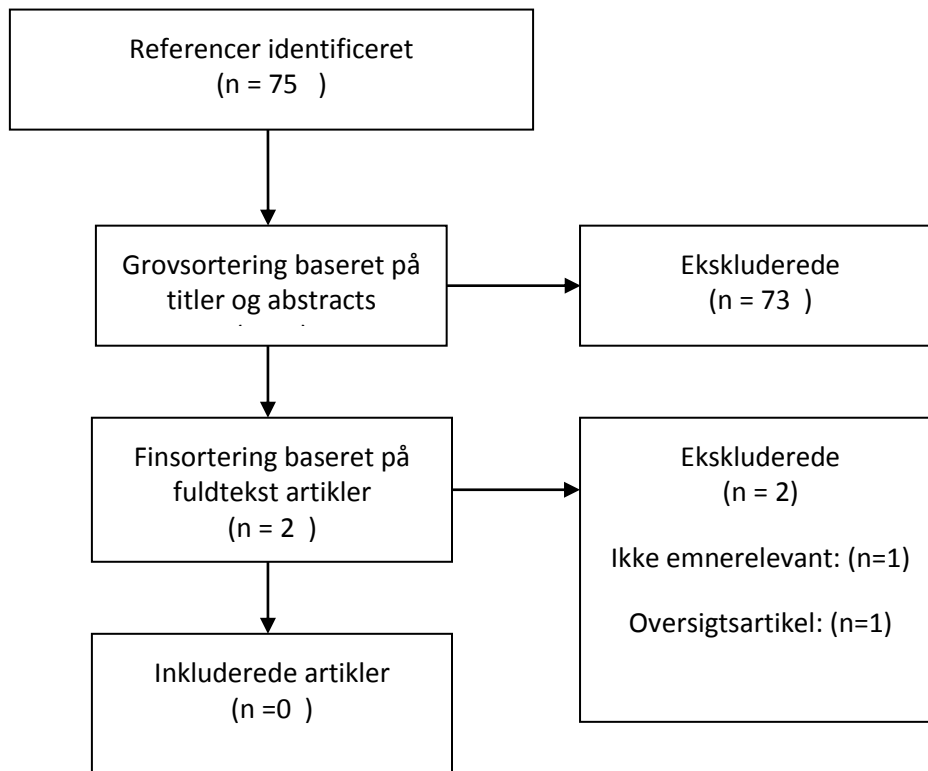


Søgning per spørgsmål efter systematiske oversigtsartikler

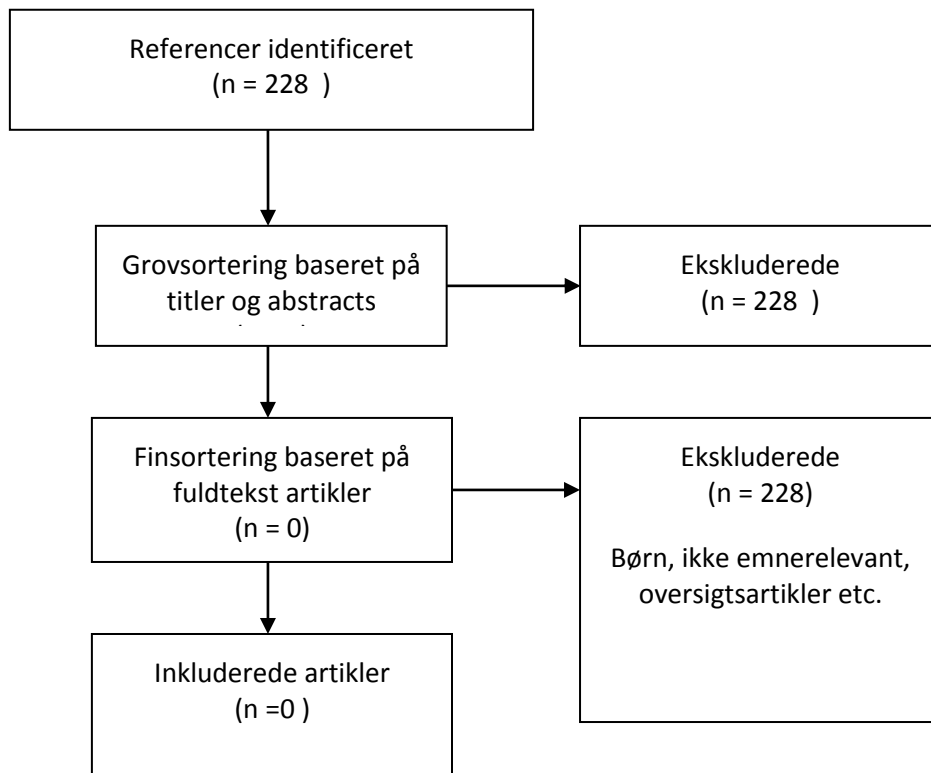


Søgning efter primære studier

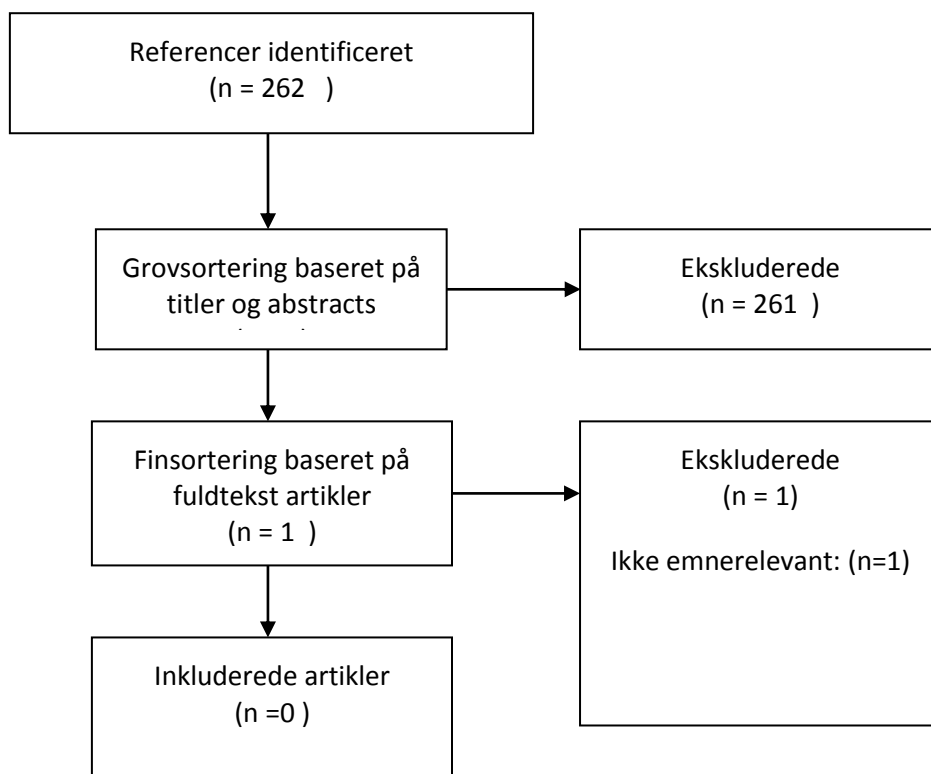
PICO 1-5: Anvendelse af psyllium loppefrøskaller versus lope-
ramid



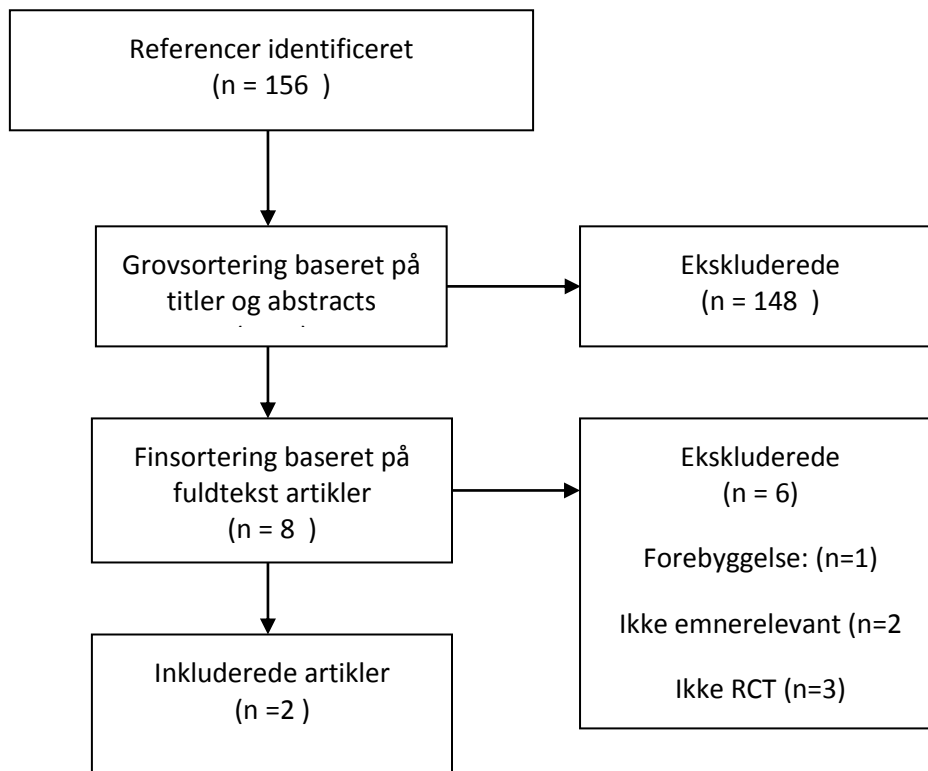
PICO 6: Bør man bruge Psyllium-loppefrøskaller eller laxantia til at afhjælpe anal inkontinens hos kronisk forstoppede med samtidig anal inkontinens



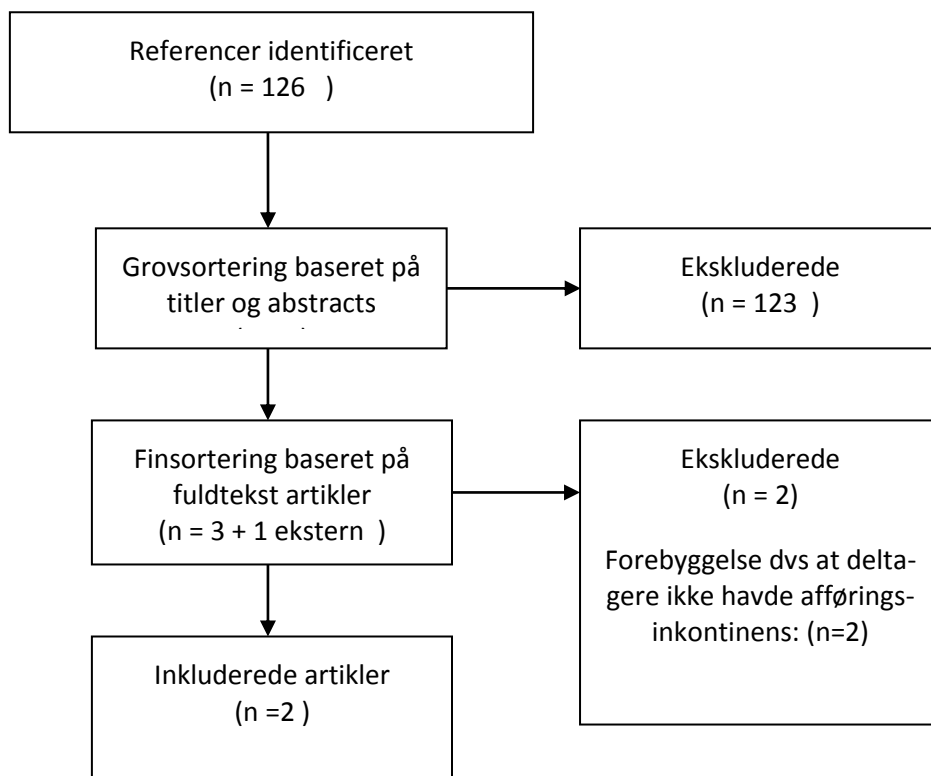
PICO 7 : Kan anal tømning afhjælpe afføringsinkontinens hos plejehjemsbeboere, hvor anden behandling ikke har haft tilstrækkelig effekt?



PICO 8 og 9: Bækkenbundstræning til voksne og kvinder postpartum



PIRO 1: Bør kvinder med vedvarende afføringsinkontinens postpartum ultralydsscannes?



Bilag 9: Evidensvurderinger

Arbejdsgruppens AGREE-vurderinger af guidelines kan tilgås [her](#)

Arbejdsgruppens AMSTAR-vurderinger kan tilgås [her](#)

Bilag 10: Arbejdsgruppen og referencegruppen

Arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen vedr. NKR for analinkontinens hos voksne består af følgende personer (i alfabetisk rækkefølge):

- Michael Sørensen, formand for arbejdsgruppen, Sundhedsstyrelsen
- Jens Peter Andersen, søgespecialist, Sundhedsstyrelsen
- Kristoffer Lande Andersen, sekretariatsmedarbejder, Sundhedsstyrelsen
- Birgitte Bøje, Dansk Sygepleje Selskab
- Ulla Due, fagkonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Marianne Glavind Kristensen, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi
- Lene Paulsen, Dansk Urogynækologisk Selskab
- Niels Qvist, Dansk Kirurgisk Selskab
- Peter Torsten Sørensen, Dansk Selskab for Almen Medicin
- Simon Tarp, metodekonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Anja Ussing, Dansk Selskab for Fysioterapi

Habilitetsforhold

En person, der virker inden for det offentlige, og som har en personlig interesse i udfaldet af en konkret sag, må ikke deltage i behandlingen af denne sag. Hvis en person er inhabil, er der risiko for, at han eller hun ikke er uvildig ved vurderingen af en sag.

Der foreligger habilitetserklæringer for alle arbejdsgruppemedlemmer på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Referencegruppen

Referencegruppen er udpeget af regioner, kommuner, patientforeninger og andre relevante interessenter på området, og dens opgave har bestået i at kommentere på afgrænsningen af og det faglige indhold i retningslinjen.

Referencegruppen vedr. NKR for analinkontinens hos voksne består af følgende personer (i alfabetisk rækkefølge):

- Ghalib Ali, Region Sjælland
- Susanne Axelsen, Kontinensforeningen

- Kittie Carlson, Socialstyrelsen
- Sara Kindberg, Jordemoderforeningen
- Mette Otkær, Roskilde Kommune
- Bo Hempel Sparsø, Region Hovedstaden
- Ole Dybvad Vinge, Region Nordjylland
- Lena Wivel, KL

Peer review og offentlig høring

Den nationale kliniske retningslinje for analinkontinens hos voksne har forud for udgivelsen været i høring blandt følgende høringsparter:

- Danske regioner
- Kommunernes Landsforening
- Kontinensforeningen
- Danske Patienter
- Lægeforeningen
- Dansk Sygepleje Råd
- De lægevidenskabelige selskaber
- Jordemoderforeningen
- Danske Fysioterapeuter

Retningslinjen er desuden i samme periode peer reviewet af:

- Tom Øresland, Professor, Afdeling for Gastrointestinal kirurgi, Akershus Universitetssykehus HF, Norge
- Stig Norderval, Overlæge, Afdeling for gastroenterologisk kirurgi, Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge, Norge
- Marianne Starck Søndergard, Overlæge, Kirurgisk afdeling, Malmø Universitetshospital, Sverige

Bilag 11: Forkortelser og begreber

Anal inkontinens: Klage over ufrivillig afgang af flatus eller afføring⁽⁵³⁾ (Haylen 2010)

Fækalinkontinens: Inkontinens for tynd eller formet afføring.

Sensitivitet: Sandsynligheden for et sandt positivt testresultat. Det vil i denne retningslinje sige, at man har en skade, hvis testen viser en skade.

Specificitet: Sandsynligheden for sandt negativt testresultat. Det vil i denne retningslinje sige, at man ikke har en skade, hvis testen ikke viser en skade.

Rome III kriterier for obstipation: For at opfylde Rom III-kriterierne for obstipation kræves det, at der gennem de seneste tre måneder har været to eller flere af nedenstående symptomer til stede:

- Pressen ved mindst 25% af afføringerne
- Hård afføring ved mindst 25% af afføringerne
- Fornemmelse af ufuldstændig tømning af endetarmen ved mindst 25% af afføringerne
- Fornemmelse af forsnævring eller blokering ved mindst 25% af afføringerne
- Manuel manøvre for at hjælpe afføring ud (f.eks. digital ud rømning, støtte på perineum eller i vagina) ved mindst 25% af afføringerne
- Færre end 3 afføring pr. uge

(Kilde Ugeskrift for Læger 174/40, 1. oktober 2012 Christensen & Krogh og The Rome Foundation)

M. sphincter ani: Endetarmens lukkemuskler